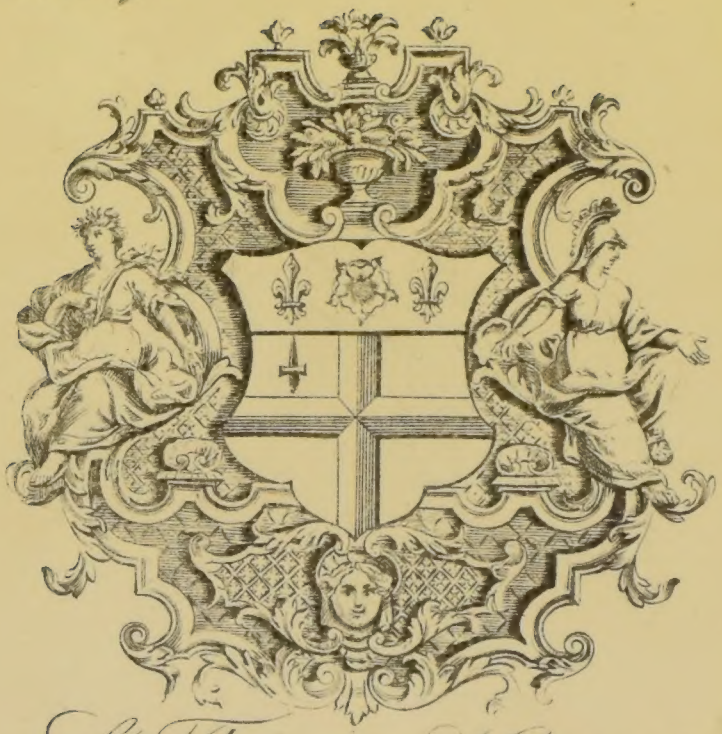
24.a.9.



St. Thomas's Hospital.
LIBRARY
0803

KING'S College LONDON

TOMHB RC187 LOU

Library

LOUIS, P.C.A.
RECHERCHES ANATOMIQUES
1841

201242217 1

KINGS COLLEGE LONDON

Charles Murchison. M. D.
May. 1838.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES,

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LE NOM

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE.

I.

OUVRAGES DE M. LOUIS

QUI SE TROUVENT CHEZ LE MÊME LIBRAIRE.

RECHERCHES ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR LA PHTHISIE. 2e *édition considérablement augmentée.* Paris, 1841, in-8, *sous presse.*

MÉMOIRES ou Recherches anatomico-pathologiques sur le Ramollissement avec amincissement et sur la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac ; l'hypertrophie de la membrane musculaire de l'estomac, dans le cancer du pylore ; la perforation de l'intestin grêle ; le croup chez l'adulte ; la péricardite ; la communication des cavités droites avec les cavités gauches du cœur ; les abcès du foie ; l'état de la moelle épinière dans la carie vertébrale ; les morts subites et imprévues ; les morts lentes, prévues et inexplicables ; le ténia et son traitement. Paris, 1826, in-8. br. 7 fr.

EXAMEN DE L'EXAMEN DE M. BROUSSAIS, relativement à la phthisie et aux affections typhoïdes ; Paris, 1834, in-8. 3 f. 50 c.

RECHERCHES SUR LES EFFETS DE LA SAIGNÉE dans quelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la Pneumonie. Paris, 1835, in-8. 2 f. 50 c.

DOCUMENS RELATIFS A L'ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE qui a régné à Gibraltar en 1828, recueillis par MM. Chervin, Louis et Trousseau, membres de la Commission médicale française envoyée pour observer cette épidémie. Paris, 1830, 2 vol. in-8 avec cartes et plans. 16 f.

24. a. 9.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE,

GASTRO-ENTÉRITE, ENTÉRITE FOLLICULEUSE, DOTHINENTÉRIE, ETC.

COMPARÉE AVEC LES MALADIES AIGUES LES PLUS ORDINAIRES.

Par P.-C.-A. LOUIS,

Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, président perpétuel de la Société médicale d'observation de Paris, membre de l'Académie royale de médecine de la même ville, membre honoraire de la Société médicale du Massachusett, de celle d'Édimbourg, de l'Association provinciale médicale et chirurgicale de Worcester, associé du Collége des médecins de Philadelphie, de la Société médicale de la même ville, de l'Académie de Saint-Pétersbourg, des Sociétés de médecine de Heidelberg et de Bruges, de la Société médicale d'observation de Boston.

« *Je sais que la vérité est dans les choses, et non dans* « *mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien* « *dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'appro-* « *cher de la vérité.* » ÉMILE.

DEUXIÈME ÉDITION, CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

TOME PREMIER.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, No 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

1841.

1435391
Tomus

IMP. DE MOQUET ET COMP., RUE DE LA HARPE, 80.

A

M. CHOMEL,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ

DE PARIS,

MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE

DE MÉDECINE,

MÉDECIN CONSULTANT DU ROI, MÉDECIN ORDINAIRE DE LA PRINCESSE ROYALE,

MEMBRE DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES,

NATIONALES ET ÉTRANGÈRES, ETC.

Louis.

A

MESSIEURS

LES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION

DE PARIS.

Louis.

AVERTISSEMENT

DE LA PREMIERE ÉDITION.

Si les fièvres continues (affection typhoïde) [1] ont fixé l'attention des médecins dans tous les temps, elles l'ont pour ainsi dire absorbée, de nos jours; et, comme on devait s'y attendre, la question relative au siége et à la nature des fièvres a été examinée et décidée de différentes manières. Les uns, s'arrêtant aux faits recueillis par les anciens, ont cru y trouver la preuve de la vérité de leur doctrine (2); les autres, partant d'observations plus récentes, sont encore arrivés au même résultat, et n'ont regardé les altérations du conduit intestinal que comme une des suites plus ou moins éloignées

[1] J'ai longtemps cherché un mot qui exprimât le caractère anatomique de cette affection sans être désagréable à l'oreille, et ne l'ayant pas trouvé, je m'en suis tenu à l'expression, affection typhoïde, au moins à peu près exempte d'inconvénients.

(2) Il n'est pas hors de propos, je pense, de faire remarquer ici, qu'on ne saurait s'appuyer de l'autorité des anciens, dans les questions relatives au siége des maladies, vu que ces questions ne peuvent être éclairées que par la comparaison des symptômes avec les lésions, et que les anciens ignoraient l'anatomie pathologique. Il n'est pas vrai non plus, comme on le dit souvent, que les faits ne vieillissent pas. Sans doute quelques faits bien observés ne vieillissent pas et ne peuvent pas vieillir, puisqu'ils ont été bien observés; mais l'immense majorité des faits a vieilli, et ceux que nous recueillons aujourd'hui vieilliront à leur tour;

de la maladie elle-même; le plus grand nombre n'y a vu qu'une gastro-entérite; quelques-uns, après avoir recueilli et examiné une certaine masse de faits, ont envisagé le groupe de symptômes désignés par le mot fièvres, comme le résultat de lésions variées, tantôt d'un organe, tantôt d'un autre; ou bien, tout en inclinant beaucoup vers l'opinion qui fixe le siége de la maladie dans le canal intestinal, ils n'ont pas cru pouvoir prendre un parti définitif et sont restés dans le doute.

Ce doute est encore aujourd'hui le partage de beaucoup de bons esprits, de ceux qui ne demandent qu'à se rendre à l'évidence, et auxquels les faits recueillis jusqu'à ce jour paraissent insuffisants pour produire la conviction. De nouvelles recherches étaient donc nécessaires, et c'est dans l'espoir que celles-ci seront utiles à la science que je me décide à les publier.

Afin de savoir à quoi m'en tenir sur une question que ne pouvaient pas beaucoup éclairer de simples discussions, j'ai recueilli, de 1822 à 1827, l'histoire de tous les sujets atteints de maladies aiguës admis à l'hôpital de la Charité, dans les salles Saint-

car ils porteront plus ou moins l'empreinte du temps, de ses méthodes, plus exactes qu'à des époques antérieures, et moins rigoureuses que dans celles qui nous suivront. Il importe que ceux qui se livrent à l'observation soient convaincus de cette vérité, et se rappellent souvent que le meilleur ouvrage n'est bon que relativement à l'époque où il paraît, qu'il en attend un autre plus exact et plus complet.

Jean et Saint-Joseph, alors confiées à M. Chomel. J'ai rassemblé, dans cet espace de temps, à part quelques faits incomplets, cent trente-huit observations de fièvre typhoïde, dont cinquante sont relatives à des individus qui ont succombé. J'ai analysé les unes et les autres, et, afin de connaître, parmi les nombreuses lésions de ceux qui ont péri, celles qui sont propres à l'affection typhoïde, je les ai comparées aux altérations observées à la suite d'autres maladies aiguës, chez quatre-vingt-trois sujets dont j'ai aussi recueilli l'histoire. J'ai fait le même travail pour les symptômes, chez les malades atteints de fièvre typhoïde ou de toute autre affection aiguë terminée par le retour à la santé ou par la mort; en sorte que j'ai analysé les altérations des viscères de cent trente-trois sujets, et les symptômes de près de neuf cents.

J'ai retranché des matériaux de mes analyses les faits qui m'ont paru manquer d'un certain degré d'exactitude (1), et, quand j'ai tiré des conséquences des autres, j'avais toujours présente à l'esprit cette pensée de l'auteur d'Émile : « Je sais que la vérité » est dans les choses et non dans mon esprit qui les » juge, et que moins je mets du mien dans les ju-

(1) De ce nombre sont tous ceux que j'ai recueillis dans les huit premiers mois des six années que j'ai consacrées à l'observation, ces faits étant un peu incomplets sous le rapport anatomique.

» gements que j'en porte, plus je suis sûr d'appro-
» cher de la vérité. »

J'ai divisé mon travail en quatre parties.

Afin de donner, en commençant, une idée nette des symptômes et des lésions qui caractérisent l'affection typhoïde, j'ai consacré la première partie de mes recherches à l'histoire de dix-huit sujets qui ont succombé à des distances très inégales du début, et chez lesquels les symptômes et les lésions étaient également bien prononcés.

Dans la seconde, j'ai fait la description générale des lésions chez les sujets emportés par cette même affection, et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës; puis, j'ai exposé les principales causes de mort chez les uns et chez les autres, en terminant par un tableau rapide de toutes les altérations successivement décrites.

La troisième partie contient, dans autant de chapitres particuliers, l'histoire des symptômes chez les malades qui sont morts et chez ceux qui ont guéri; ce qui concerne le diagnostic; des observations relatives aux sujets dont l'affection typhoïde a été latente, à ceux chez lesquels ses caractères anatomiques étaient peu prononcés, à d'autres qui éprouvèrent la plupart des symptômes caractéristiques de cette maladie, sans en être réellement affectés. Les deux derniers ont rapport à la perforation de l'intestin

grêle, et aux causes de l'affection qui est l'objet spécial de ces recherches.

La quatrième partie offre l'analyse des faits relatifs à l'action de la saignée, à celle des toniques, des vésicatoires, de la glace sur la tête, et est terminée par l'exposition des principales règles du traitement.

Les trois premières contiennent, en outre, l'histoire des cinquante sujets qui ont succombé; en sorte que le lecteur pourra vérifier, quand il le voudra, les conclusions tirées des faits.

Bien que mon ouvrage ne soit pas un traité de l'affection typhoïde, qu'il ne doive être considéré que comme l'exposé des faits que j'ai recueillis sur cette maladie (1), l'espoir d'arriver à des résultats concluants m'a conduit, comme on vient de voir, à l'analyse d'un grand nombre de faits relatifs à des affections d'une autre espèce; ce qui en explique l'étendue.

J'ai cherché à être clair, le plus indispensable de

(1) C'est par cette raison que je n'ai pas cru nécessaire d'examiner les opinions des auteurs qui se sont livrés avec le plus de succès, dans ces derniers temps, à l'étude des fièvres. J'ajouterai que je n'aurais pu le faire sans augmenter le volume, déjà considérable, de mes Recherches; que le moment de cet examen n'est peut-être pas encore venu, qu'il sera mieux fait par un autre que par moi, qu'il n'a fallu rien moins que toutes ces considérations pour me faire renoncer à une occasion si naturelle de rendre un juste hommage à mes confrères, et de payer à ceux qui m'ont témoigné le plus de bienveillance dans leurs écrits, le tribut de ma reconnaissance.

tous les mérites, avec celui de l'exactitude, et j'ai cherché à atteindre ce but, autant par l'expression que par la disposition des objets.

Je n'ajouterai plus qu'un mot. Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, où tant de lésions et de symptômes sont exposés, comparés, comptés, examinés sous beaucoup de rapports; où l'on a tâché de ne pas écrire une phrase inutile; on ne peut chercher que l'exactitude, et peut-être en trouvera-t-on la forme trop sévère. Mais si, malgré ses défauts, quelque ami de la vérité le jugeait utile à la science, je trouverais dans ce témoignage la récompense d'un travail assez pénible pour qu'il soit difficile de s'en faire une juste idée.

AVERTISSEMENT

DE LA SECONDE EDITION.

Malgré les travaux de Prost, ceux de MM. Petit et Serres, de M. Bretonneau, et de quelques autres contemporains célèbres, on était loin de s'entendre, au moment de la publication de mes recherches, sur ce qu'il fallait penser des six ordres de fièvre de Pinel. Les uns, avec l'illustre auteur de la Doctrine physiologique, les considéraient comme de simples gastro-entérites ; les autres, comme autant de maladies distinctes ; et pour ceux-ci, la *fièvre inflammatoire* était une inflammation du cœur, de l'aorte et de plusieurs autres organes : la *fièvre muqueuse*, une phlegmasie lente et obscure de la muqueuse gastro-intestinale, ou de la muqueuse pulmonaire, ou d'un organe quelconque, chez des individus lymphatiques, tourmentés par des chagrins, etc., etc. : la *fièvre bilieuse*, une simple gastrite à divers degrés : la *fièvre adynamique*, une violente inflammation du tube intestinal, entièrement comparable à celle qui résulte de l'empoisonnement par les substances minérales ; et les symptômes de ce qu'on appelait *fièvre maligne*, étaient ceux d'une inflammation violente du cerveau

et des méninges. Aujourd'hui la confusion a cessé : on reconnaît que les fièvres de Pinel, à part la peste, ne forment qu'une seule et même maladie, dont le caractère anatomique consiste, non dans une inflammation de l'estomac et de l'intestin, mais dans une lésion profonde et spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle. Ceux qui, jusqu'alors, avaient défendu avec le plus de vivacité la doctrine des fièvres, ont abandonné leur manière de voir et reconnu, pour la plupart, comme l'a fait M. Chomel, l'exactitude des faits que j'ai observés et celle des conclusions que j'en ai déduites (1). Ce changement d'opinion a eu lieu, non-seulement en France, mais partout où des médecins observateurs ont suivi le mouvement de la science ; et, parmi les étrangers, les médecins Américains ont été des premiers à reconnaître l'exactitude de mes recherches. Je citerai parmi eux, les professeurs Jackson (2), MM. Schattuck, Holmes,

(1) La part que j'ai prise à la marche de la science et à la manière de considérer aujourd'hui les fièvres, a été indiquée avec beaucoup de bienveillance par le professeur Forget, dans son *Traité de l'entérite folliculeuse* (qui paraît au moment où j'écris ces lignes). Qu'il me permette de lui en exprimer ici toute ma reconnaissance.

(2) *A Report on Typhoïd fever communicated to the Massachusetts Medical Society, by* James Jakson; *Boston*, 1838.

Entre autres faits importants consignés dans ce mémoire, on remarque ceux-ci : depuis 1833, époque à laquelle les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde furent connues de M. Jackson, il les a constamment rencontrées dans ses autopsies ; — sur 303 cas d'affection typhoïde observés par lui, la mortalité a été de 1 sur 7,214 ; 35 fois il a observé des hémorrhagies intestinales ou des déjections sanglantes, et 11 sujets seulement ont succombé.

Bowditch (1), Enoch Hale, de Boston (2); MM. Gerhard (3), Stewardson, Pennock, Norris, Stillé, de Philadelphie; M. Power, de Baltimore; MM. les professeurs Martinez del Rio et Jecker, de Mexico, qui, après avoir étudié, pour la plupart, l'affection typhoïde à Paris, l'ont ensuite observée maintes fois dans leur patrie, avec les symptômes et les caractères anatomiques que j'ai décrits.

L'étude de l'affection typhoïde du premier âge est venue donner une nouvelle sanction à mes recherches, en montrant que cette maladie est la même, qu'elle comprend toutes les fièvres de Pinel, moins la peste, à tous les âges de la vie : en sorte qu'on est presque unanime aujourd'hui, sur la manière de les envisager. Et si quelque dissentiment a pu s'élever à

(1) M. Bowditch a publié en 1836 une traduction de mes Recherches sur l'affection typhoïde, qu'il a enrichie de notes intéressantes.

(2) *Observations on the typhoid fever of New-England, by* Enoch Hale, *Boston*, 1839.

Parmi les faits consignés dans ce mémoire, où l'on trouve l'analyse de 197 cas de fièvre typhoïde recueillis par l'auteur, à l'hôpital de Massachusett, je citerai les suivants.—Sur 197 cas, 22 sont relatifs à des sujets qui ont succombé. — Les taches roses, lenticulaires eurent lieu 177 fois, entièrement semblables à celles qu'on observe en France — Les *sudamina* furent notés 75 fois sur 80 cas dans lesquels ils furent recherchés. — Les glandes de Peyer offrirent constamment les lésions caractéristiques, et il y eut 3 cas de perforation. J'ajoute que l'auteur partage entièrement la manière de voir de MM. Gerhard et Pennock sur le typhus fever des Anglais.

(3) Voyez dans l'*Expérience*, vol. I, p. 241 et suivantes, la traduction, par M. Bell, du mémoire de M. Gerhard sur l'épidémie du *typhus fever* qui a régné à Philadelphie en 1835.

cet égard, si un honorable médecin a pu croire que certaines altérations des poumons ou du cerveau forment le caractère anatomique de la maladie connue autrefois sous le nom de fièvre putride et de fièvre maligne, c'est très-probablement, comme on le verra plus tard, pour n'avoir pas suivi, dans la recherche des faits généraux, une marche assez sévère; pour ne pas avoir été assez convaincu qu'il est impossible de déterminer d'une manière rigoureuse les symptômes et les lésions propres à une maladie, sans avoir recherché, auparavant, à l'aide de l'analyse numérique, si les mêmes symptômes et les mêmes lésions existent chez les sujets atteints des maladies les plus variées. Aussi, ce dissentiment n'a fait que m'attacher davantage à la méthode que j'ai suivie: car si les observations que j'ai recueillies, si l'étude que j'en ai faite, m'ont conduit, comme je dois le croire, à la détermination exacte des caractères anatomiques et symptomatiques des fièvres, c'est à la méthode suivie dans cette étude que je le dois, et non, je le sens mieux que personne, à cette sagacité qui éclate chez beaucoup de médecins qui n'ont pas eu le même bonheur. D'ailleurs, cette méthode n'est pas seulement nécessaire dans l'étude des symptômes, des lésions, des causes, etc.; elle l'est encore pour arriver à la connaissance exacte des altérations que peuvent offrir les différents liquides de l'économie; et je n'en voudrais pour preuve que

les intéressantes recherches de MM. Andral et Gavarret sur le sang.

J'ai dû conserver, par cela même, dans cette nouvelle édition, l'ordre suivi dans la première, et tous les détails qui, alors comme aujourd'hui, me paraissaient indispensables à la détermination des faits généraux; sans m'arrêter à la critique de quelques personnes qui m'ont blâmé d'avoir exposé, dans autant de paragraphes séparés, les symptômes éprouvés par les malades qui ont succombé et par ceux qui ont guéri; d'avoir distingué, parmi ces derniers, ceux dont l'affection était légère, de ceux chez lesquels elle avait plus ou moins de gravité: comme s'il y avait un moyen plus simple et plus sûr de savoir si les symptômes sont les mêmes, sauf le degré, dans les cas graves et dans les cas légers, chez les sujets qui succombent et chez ceux qui guérissent, etc., etc., et de connaître la valeur d'un symptôme quelconque, sous le rapport du diagnostic et du pronostic. Sans doute cette méthode est longue, elle peut paraître terre à terre à ceux qui ont confiance dans leur génie; mais elle est sûre, et, pour tout dire, je n'en connais aucune autre qui puisse inspirer la même confiance, et conduire aussi loin des hommes qui auraient tout ce qu'il faut, d'ailleurs, pour cultiver la science avec succès.

Tout en conservant intacts les faits et l'ordre dans lequel je les ai exposés, j'ai voulu que cette édition

ne fût pas une simple réimpression, et j'y ai fait des additions considérables. Ainsi, dans la seconde partie, qui est toute anatomique, j'ai rapproché de plusieurs résultats qui étaient exposés dans la première édition, quelques-uns de ceux qu'on trouve dans les Leçons cliniques de M. Chomel, et quelques autres, encore inédits, qui m'ont été communiqués par M. le docteur Barth, dont l'exactitude doit inspirer la plus grande confiance au lecteur. J'ai pénétré un peu plus avant que je ne l'avais fait d'abord, dans l'étude du ramollissement simple, et j'ai exposé, d'après les recherches de deux jeunes et habiles médecins, MM. Rilliet et Taupin, les lésions trouvées à l'ouverture du corps des *enfants* qui succombent à l'affection typhoïde.

Dans la troisième partie, j'ai fait marcher de front l'étude des symptômes chez l'enfant et chez l'adulte; j'ai rapproché des résultats exposés dans ma première édition quelques résultats non encore publiés, qui deviennent la confirmation des premiers et leur donnent une valeur nouvelle; j'ai ajouté à ce que j'avais dit au sujet de l'état du sang; j'ai fait des additions considérables au chapitre du diagnostic, persuadé qu'on ne peut trop insister sur un pareil sujet: car les erreurs de diagnostic amènent la confusion et empêchent de s'entendre sur un point quelconque d'une maladie, sur son traitement comme sur tout le reste, puisqu'on réunit, alors, des faits

qui ne se ressemblent pas, qu'on place dans des catégories différentes des faits semblables; moyen infaillible d'avoir des données fausses sur la mortalité, et, par conséquent, sur la valeur de tel ou tel agent thérapeutique. J'ai comparé l'affection typhoïde avec le typhus des camps et le *typhus fever* d'Angleterre; j'ai résumé les faits relatifs au pronostic, et j'ai beaucoup ajouté au chapitre des causes.

Mais c'est à la quatrième partie de mes recherches, celle qui est relative au traitement, que j'ai fait les additions les plus considérables; soit en exposant des faits nouveaux, relatifs à quelques agents thérapeutiques qui avaient été négligés dans la première édition (les purgatifs et les opiacés); soit en examinant et en discutant les opinions de M. Bouillaud, relativement aux saignées coup sur coup dans le traitement de l'affection typhoïde. Je ne pouvais me dispenser de ce dernier travail sans donner à croire que j'adhérais à des préceptes que je n'adopte pas, sans tromper le lecteur par conséquent : c'était un devoir à remplir; et il ne fallait rien moins que cette conviction, pour me décider à prendre le rôle de critique : car, si mesurée qu'elle soit, la critique est ordinairement mal accueillie, si elle est juste.

Enfin, dans une cinquième et dernière partie, j'ai fait un exposé rapide des analogies et des différences qui existent entre l'affection typhoïde et les autres maladies aiguës (1).

(1) Cette cinquième partie devait former un des chapitres de la troi-

D'ailleurs, dans cette édition comme dans la première, je n'ai pas cru devoir passer en revue les opinions des anciens sur les fièvres, et encore moins invoquer leur autorité dans le traitement de ces maladies. Car, si l'on ne fait, en quelque sorte, que commencer à s'entendre sur les symptômes diagnostics de l'affection typhoïde, on en était bien loin autrefois, même à une époque peu éloignée; les erreurs de diagnostic étaient, par cela même, très communes: d'une part, parce que plusieurs maladies graves étaient confondues avec le plus haut degré de l'affection typhoïde; de l'autre, parce que les cas légers passaient presque nécessairement inaperçus. Dès-lors la mortalité devait paraître plus considérable qu'elle ne l'était en réalité, et, quand bien même les anciens eussent étudié avec méthode un certain nombre de faits, pour s'élever, par eux, à la connaissance du meilleur traitement, ils n'auraient recueilli que des données fausses à ce sujet, puisqu'ils auraient calculé d'après une mortalité qui n'était pas la vraie.

On pourrait faire de semblables remarques au sujet de tous les travaux que les anciens nous ont laissés sur les maladies *dont le diagnostic est difficile*, et n'a été perfectionné que dans ces derniers temps, et leur appliquer ce que disait Lieutaud au sujet des

sième, sous le titre de nature de la maladie; et la transposition n'a eu lieu que parce que le chapitre avait été oublié.

fièvres : « Qu'il n'était pas éloigné de penser avec plusieurs savants médecins, qu'on parviendrait difficilement à débrouiller le chaos des fièvres essentielles, si l'on n'abandonnait tout ce qui a été dit jusqu'à présent, pour travailler, d'après l'observation, sur de nouveaux frais. »

Paris, 10 novembre 1840.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE,

GASTRO-ENTÉRITE, DOTHINENTÉRIE, ETC.

PREMIÈRE PARTIE.

J'exposerai dans cette partie un certain nombre de faits, dans lesquels les symptômes et les lésions qui caractérisent la maladie qui fait l'objet principal de cet ouvrage sont également bien prononcés, la relation entre les uns et les autres évidente ; et comme je crois utile d'appeler d'abord l'attention sur les caractères anatomiques de cette affection, je ne me livrerai guère qu'aux réflexions nécessaires pour atteindre ce but. Ainsi préparé, l'esprit du lecteur entrera plus aisément dans le détail des descriptions générales qui viendront ensuite. Je partagerai les faits dont il s'agit en trois groupes, d'après l'époque de la maladie à laquelle les individus ont succombé

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES SUJETS MORTS DU SEIZIÈME AU TRENTIÈME JOUR DE L'AFFECTION.

Ire OBSERVATION.

Diminution de l'appétit, pesanteur universelle dans les trois premiers jours, avec affaiblissement considérable, anorexie complète, diarrhée copieuse; puis douleurs de ventre, météorisme, délire et somnolence prolongés; mort au *vingtième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges et largement ulcérées; glandes mésentériques rouges, volumineuses, ramollies, piquetées de points jaunes; inflammation de la vésicule biliaire; œdème de la glotte, etc.

Un homme de peine, âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, de peu d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 17 septembre 1824. A Paris depuis six mois, il y conduisait depuis quatre, et à bras, des bains d'eau tiède : il avait toujours pris une bonne nourriture, sans faire d'excès de boisson, mais aussi sans prendre un jour de repos. Il accusait six jours de maladie. — Au début, céphalalgie, assoupissement, vue trouble, éblouissements, douleurs dans les membres, pesanteur universelle, sensibilité au froid, chaleur intense, soif vive, anorexie complète, diarrhée. Ces symptômes continuèrent, la diarrhée fit des progrès, en sorte qu'il y eut, dans les trois derniers jours, de quinze à vingt selles en vingt-quatre heures. Dans le même temps de nouveaux symptômes se joignirent aux premiers; il y eut des nausées, des vomissements et des douleurs à l'épigastre;

les coliques furent rares, un peu de toux se manifeste le soir même de l'admission du malade à l'hôpital— Tous ces accidents avaient été précédés, pendant trois jours, d'une légère diminution de l'appétit, d'un sentiment de pesanteur générale ; le malade s'était mis au lit dès le début, avait pris du bouillon pour toute nourriture, et, pour tisane, de l'eau d'orge vineuse et miellée ; il avait bu aussi, chaque jour, un ou deux verres de vin pur, n'en éprouvant aucune exaspération dans les symptômes, dans les symptômes gastriques en particulier.

Le 18, céphalalgie légère, figure médiocrement et uniformément colorée, sans expression remarquable ; bourdonnements d'oreilles, éblouissements dès que le malade se lève ; réponses lentes, mais justes, mémoire sûre, somnolence, douleurs contusives dans les membres ; langue humide, d'un rouge vif à la pointe, blanchâtre ensuite ; bouche pâteuse, anorexie, soif intense ; constriction à l'épigastre augmentée par la pression ; le reste du ventre indolent et un peu météorisé ; point de taches roses lenticulaires à sa surface ; pouls régulier, vif, sans largeur, à quatre-vingt-quinze ; chaleur élevée, sèche ; toux extrêmement rare, respiration peu accélérée, oppression légère. (*Orge sir. tartar.* ter ; *lavem. de lin* ; *fom. émol. à l'épig.*)

Il y eut au moins vingt selles dans la journée, et, à part une rougeur légère des yeux, la sécheresse de la langue à sa pointe, et quelques douleurs dans les fosses iliaques, l'état du malade, à la visite du 19, était le même que la veille. (*Vésic. aux jambes.*)

Dans la nuit du 19 au 20, délire, loquacité, sortie du lit, obligation de mettre le gilet de force. Le 20, figure médiocrement animée, physionomie calme, lèvres un peu tremblantes ; le sujet se dit bien mal et assure que toute sa mala-

die est à l'épigastre, bien que la pression n'y paraisse pas douloureuse; puis il parle sans suite : la langue est sèche et rouge, le ventre météorisé, le pouls à cent dix, la chaleur modérée; les selles ont été beaucoup moins nombreuses que la veille. *(Saignée de* 300 *grammes).*

Dans la journée aucune amélioration, alternatives d'assoupissement et de délire, même état du ventre. Le 21, physionomie calme et naturelle, yeux légèrement injectés, assoupissement presque continuel; langue d'un rouge de sang, bien tirée; abdomen un peu météorisé, épigastre sensible à la pression; quelques taches roses lenticulaires sur le ventre; respiration assez calme; le sang tiré la veille est presque diffluent. *(Orge sir. tart.* bis. *petit-lait*; *lavem. de lin*; *foment. ém.)*

Dès lors jusqu'au 27, jour de la mort, l'état du malade devint progressivement plus fâcheux : presque toujours dans un assoupissement profond, il se plaignit, le 24, de sa faiblesse, qui était extrême, eut du délire et parcourut les salles en chemise, dans la nuit du 25 au 26. Ses traits offrirent l'empreinte d'un affaiblissement bien marqué à partir du 25; ses yeux étaient fort injectés le 22, il eut une épistaxis le même jour, et une autre plus copieuse le 26. — La langue fut constamment sèche et molle, d'un rouge peu foncé, la soif intense, les selles peu fréquentes, involontaires, comme l'urine; le ventre resta météorisé à un médiocre degré; il était sensible à la pression et couvert de taches roses lenticulaires le 24. Le pouls, qui était à quatre-vingt-quatre les 25 et 26, fut toujours petit et faible; la chaleur fut modérée, la respiration calme ou peu accélérée, le bruit respiratoire sans mélange d'aucune espèce de râle antérieurement, ou sur les côtés de la poitrine; les vésicatoires très saignants, le 26 surtout.

Le 27, peu après la visite, le malade fut placé sur le bassin où il rendit une matière pultacée, brunâtre, d'une fétidité extrême ; sa langue était parfaitement nette, sa respiration un peu sifflante, et un quart d'heure après il expira.

Les premières boissons furent continuées jusqu'au 24, et le 25 on prescrivit deux litres d'une infusion froide de quinquina, un litre de limonade et une potion gommeuse avec 1 gramme de sulfate de quinine.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Vergetures nombreuses sur les parties latérales et postérieures du corps ; peau correspondante aux vésicatoires rougeâtre et un peu épaissie; tissu cellulaire graisseux sous-jacent un peu plus dense que dans les parties voisines; muscles fermes, d'une couleur naturelle et non poisseux.

Tête. Arachnoïde épaissie, opaque en arrière, de chaque côté du sillon longitudinal, donnant naissance à un assez grand nombre de granulations blanches (glandes de Pachioni), plus ou moins volumineuses dans cette partie; infiltration sous-arachnoïdienne très légère; demi-cuillerée de sérosité limpide dans chacun des ventricules latéraux; une cuillerée du même liquide dans les fosses occipitales inférieures (1). Toute la masse encéphalique d'une bonne consistance; la partie centrale de la substance médullaire injectée, comme la pie-mère, à un degré assez remarquable.

Cou. Glandes cervicales rouges, volumineuses et d'une bonne consistance. — Pourtour de la glotte d'un rouge obscur, peu foncé, de deux lignes d'épaisseur, infiltré, de

(1) Je dois prévenir le lecteur que toutes les fois que le mot cuillerée sera employé sans épithète, il indiquera une cuillère à soupe.

manière que l'ouverture des voies aériennes n'avait, dans ce point, que deux lignes et demie de diamètre. Les parties externes de la glotte et les ligaments de l'épiglotte étaient ridés, comme si l'infiltration, d'abord très considérable, eût diminué ensuite. Au-dessous de la corde vocale supérieure gauche, immédiatement, se trouvait une tache noire, arrondie, d'une ligne de diamètre environ, vis-à-vis laquelle la membrane muqueuse et une petite épaisseur du tissu sous-muqueux étaient extrêmement ramollis et s'enlevaient comme une pulpe. La membrane muqueuse était encore ramollie, bien qu'à un degré beaucoup moindre, au-dessous des cordes vocales inférieures, dans une surface de quatre à cinq lignes. Ailleurs la trachée-artère était d'un rouge peu foncé, et, à cela près, parfaitement saine.

Poitrine. Le cœur était moins ferme que dans l'état naturel; l'aorte un peu rouge par intervalles. — Il y avait trois cuillerées de sérosité sanguinolente dans chacune des plèvres. Les poumons étaient parfaitement libres, mous, assez légers, offraient quelques traces d'engouement à leur base, en arrière, et une couleur rose tendre antérieurement, interrompue de loin en loin par des taches noirâtres. Celles-ci, plus nombreuses et plus larges en arrière, inférieurement surtout, que partout ailleurs, existaient aussi profondément, avaient de 2 à 5 millimètres d'épaisseur, et le tissu pulmonaire, dans les points correspondants, était un peu plus dense que dans le reste de son étendue. — Les bronches contenaient une médiocre quantité de mucus rouge.

Abdomen. L'œsophage était parfaitement sain, l'estomac un peu augmenté de volume. Sa membrane muqueuse était d'un rouge assez vif, à droite du cardia, dans une surface de huit à dix pouces carrés, d'une teinte bistre ailleurs; mamelonnée universellement, si ce n'est dans le grand cul-de-sac

et le long de la petite courbure; enduite, aux mêmes exceptions près, d'une assez grande quantité de mucus visqueux; d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans toute son étendue. — L'intestin grêle était un peu plus volumineux que dans l'état normal, offrait partout, à l'intérieur, une matière noirâtre, visqueuse et filante, au-dessous de laquelle la membrane muqueuse était, dans sa première moitié, grisâtre ou faiblement nuancée de rose, d'une épaisseur convenable, et d'une consistance peu inférieure à celle qui lui est naturelle. Au-delà elle était d'un rouge vif, très ramollie, surtout dans ses cinq derniers pieds, où l'on ne pouvait plus l'enlever par traction, où le tissu cellulaire sous-jacent était aussi un peu infiltré. On trouvait, dans cette même partie, à l'opposite du mésentère, trente plaques elliptiques ulcérées, ou non ulcérées, plus ou moins épaissies (1). Les trois premières avaient quatre centimètres de surface environ, étaient blanchâtres, formées, comme dans l'état naturel, par la réunion d'un grand nombre de petits grains, très saillants à leur face adhérente surtout, plus développés que d'ordinaire; en sorte que dans ce point la muqueuse avait un millimètre d'épaisseur. Le tissu cellulaire correspondant avait conservé la blancheur qui lui est propre, et était un peu épaissi. Après ces plaques en venaient deux autres un peu plus saillantes, de même structure, d'un rouge assez vif, légèrement ulcérées, dont le tissu sous-muqueux était fort rouge et fort épaissi. Enfin la membrane muqueuse était entièrement détruite dans toute l'étendue des autres plaques, et le fond des

(1) Les plaques elliptiques qui existent le long de l'intestin grêle, et surtout de l'iléum, dans l'état naturel, ont été décrites avec quelque détail, dans mes *Recherches sur la phthisie*. Le lecteur peut consulter cette description; et j'ai cru inutile, par cela même, d'y revenir.

ulcérations plus ou moins inégal, formé par le tissu cellulaire, qui était d'un rouge foncé et avait l'épaisseur d'un millimètre environ. Ce tissu lui-même était plus ou moins largement détruit, et la membrane musculaire à nu, au niveau des dix dernières ulcérations. La dernière de celle-ci, placée contre la valvule iléo-cœcale, faisait tout le tour de l'intestin, dans une largeur de 20 à 30 millimètres ; elle offrait à découvert, dans presque toute sa surface, la tunique musculaire, et, à son pourtour, un grand nombre de lambeaux membraneux, qui, après des lavages multipliés, avaient encore une odeur de gangrène. Des lambeaux bien moins longs se détachaient des autres ulcérations, et flottaient au milieu de l'eau dans laquelle on les plaçait. — Le gros intestin contenait une matière semblable à celle de l'intestin grêle, moins visqueuse et moins colorée dans le rectum que partout ailleurs. Sa membrane muqueuse était grisâtre ou noirâtre, si ce n'est dans cette dernière partie, où elle était d'un rouge faible ; doublée d'épaisseur et d'une bonne consistance dans le colon droit, plus mince et plus ou moins ramollie ensuite. — Les glandes du mésentère étaient grisâtres, fermes, augmentées de volume dans le voisinage du duodénum ; d'un rouge plus ou moins vif, médiocrement ramollies, de la grosseur d'une aveline ou environ, semées à l'intérieur d'un assez grand nombre de points jaunes, dans la moitié qui venait ensuite. — Les glandes mésocolites étaient noirâtres et de la grosseur d'un petit pois. — La rate était plus que triplée de volume, d'un rouge amaranthe, très ramollie, facile à réduire en putrilage. — Le foie était mou, un peu pâle, ses deux couleurs presque confondues. La vésicule avait le volume d'un œuf d'oie, contenait un liquide roussâtre et ténu, au fond duquel se trouvait une matière puriforme, peu épaisse, non liée. Sa membrane muqueuse était rougeâtre et blanchâtre, d'une épaisseur et

d'une consistance naturelles. Les conduits biliaires et les autres organes de l'abdomen étaient dans l'état normal.

Il y avait, comme nous allons voir, une parfaite harmonie entre les symptômes et les lésions auxquelles on pouvait les rapporter ; si les uns étaient graves, les autres ne l'étaient pas moins. Le sujet, quand il tomba malade, était à Paris depuis six mois, et livré, depuis quatre, à un métier très fatigant. Au début de la maladie et pendant trois jours il a des malaises, un sentiment de pesanteur, une légère diminution de l'appétit ; puis de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, un obscurcissement marqué de la vue, des éblouissements, de l'assoupissement, de la diarrhée, une perte complète d'appétit. Ces symptômes continuent, et peu après leur apparition surviennent des douleurs à l'épigastre, des nausées, puis des vomissements qui se dissipent assez promptement. La faiblesse est bientôt considérable, un délire plus ou moins violent, qui alterne avec l'assoupissement, se manifeste au douzième jour de l'affection ; au vingtième le malade meurt sans agonie : et à l'ouverture de son corps, on trouve, outre une injection assez vive de la pie-mère et de la substance médullaire du cerveau, une légère infiltration des bords de la glotte, un ramollissement marqué du foie et surtout de la rate, des traces d'inflammation de la vésicule biliaire, un état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac, un ramollissement beaucoup plus marqué de celle de l'intestin grêle, surtout une altération profonde des plaques elliptiques de l'iléum, sur laquelle il importe de revenir d'une manière succincte.

De ces plaques, toutes plus ou moins épaissies, les unes, les plus éloignées du gros intestin, étaient blanches, non ulcérées ; les autres, plus ou moins rouges, offraient, pour la plupart, des ulcérations plus ou moins profondes; de telle

sorte qu'à mesure qu'on s'approchait du cœcum l'ulcération faisait des progrès en largeur et en profondeur; que la plus grande de toutes, la dernière, placée contre la valvule iléo-cœcale, faisait tout le tour de l'intestin, et avait la membrane musculaire pour fond, dans la plus grande partie de son étendue. D'où il semblerait naturel de conclure que les plaques les plus voisines du cœcum avaient été affectées les premières, que l'inflammation avait gagné les autres de proche en proche, et en dernier lieu les trois plaques non ulcérées, pâles, épaissies, qui n'avaient de commun avec les autres que cet épaississement.

L'état des glandes mésentériques vient à l'appui de cette manière de voir, ces glandes étant plus volumineuses près du cœcum que partout ailleurs, n'offrant de points purulents que dans son voisinage. Et comme la lésion des plaques elliptiques de l'iléum était la plus grave, la plus profonde de toutes celles que présentait le canal intestinal, il semblerait assez naturel d'admettre qu'elle en était la plus ancienne, qu'à elle se rapportaient les premiers symptômes de l'affection, par conséquent la diarrhée; de manière que, bien qu'assez considérable à son début, celle-ci devrait être attribuée exclusivement alors à l'état de l'intestin grêle.

Un autre fait dont l'importance sera mieux appréciée plus tard et qu'il convient néanmoins de signaler dès ce moment, c'est que le tissu cellulaire des plaques avait subi une altération analogue à celle de la membrane muqueuse qui en fait partie ; que là où cette membrane était épaissie et encore blanchâtre, il était de la même couleur et proportionnément aussi épais : en sorte qu'il n'est pas possible de démontrer rigoureusement si le tissu cellulaire et les cryptes qui entrent dans la composition des plaques de Peyer, ont été atteints successivement ou simultanément.

Le malade n'ayant éprouvé aucun symptôme du côté du foie, il était impossible de prévoir la lésion de la vésicule biliaire; lésion assez rare, comme nous verrons, évidemment inflammatoire, bien que la membrane muqueuse de cette vésicule n'offrît qu'une simple altération de couleur. Il est probable d'ailleurs que cette altération, comme la plupart des autres, à part celles de l'iléum, était fort récente à la mort du sujet; ce qui expliquerait de reste l'absence des symptômes que je viens de signaler.

L'œdème de la glotte remontait sans doute à une époque encore moins éloignée, et son état latent montre mieux que celui de toute autre lésion, combien de désordres peuvent avoir lieu dans les derniers moments de la vie sans être annoncés par les symptômes qui leur sont propres : car en supposant que le sifflement dont j'ai parlé dût être rapporté à l'œdème, on ne pouvait, sur un si léger indice, remonter à sa cause. Toutefois il est probable que le manque d'agonie a tenu à l'état de la glotte, qui aura déterminé la prompte suffocation du sujet.

Je reviendrai plus tard sur l'état de l'estomac et sur celui du cerveau; mais je remarquerai, dès à présent, que l'altération du premier était légère, bien que les symptômes gastriques eussent été assez graves; qu'à supposer ces symptômes sous la dépendance de la muqueuse gastrique à leur début, celui-ci était postérieur au début de la maladie; qu'ainsi l'estomac n'était probablement pas affecté à cette dernière époque.

IIme OBSERVATION.

Selles régulières ou constipation pendant plusieurs jours; douleurs de ventre à la même époque; faiblesse peu marquée d'abord, puis considérable, avec délire, somnolence, météorisme très marqué; mort au *vingtième jour*.—Ulcérations très nombreuses dans l'iléum; glandes mésentériques correspondantes, rouges, volumineuses, ra-

mollies et piquetées de jaune près du cœcum ; distension considérable du gros intestin dont les parois sont un peu épaissies ; ramollissement d'un grand nombre de viscères, etc.

Un correcteur d'imprimerie, ayant la poitrine large, la barbe bien fournie, un médiocre embonpoint et la peau un peu pâle, vint à l'hôpital de la Charité le 30 août 1824. A Paris depuis dix-huit mois, il y avait joui constamment d'une bonne santé, n'avait pas eu d'affection grave depuis l'âge de huit ans, était malade depuis onze jours. Dans les sept premiers, céphalalgie, sommeil agité ou insommie, parfois picotement des yeux, soit vive, anorexie complète, douleurs de ventre par intervalles, sans diarrhée ; alternative de chaleur et de froid, sueur la nuit. Ces symptômes persistèrent, en prenant plus d'intensité ; le malade continua ses travaux pendant les cinq premiers jours, puis il fut obligé de se mettre au lit. Des nausées, des vomissements de bile âcre et quelques douleurs à l'épigastre eurent lieu le 28 ; des bourdonnements d'oreilles débutèrent le même jour et ne cessèrent plus. D'ailleurs, ni frissons, ni éblouissements, ni épistaxis, ni surdité ; constipation presque constante.

Le 31, air fatigué ou endormi, somnolence fréquente, réponses justes et extrêmement brèves, presque toujours par oui ou par non ; parfois picotements aux yeux; faiblesse considérable, au point qu'il avait fallu transporter le malade, à bras, de la cour dans les salles de l'hôpital ; langue jaunâtre et grisâtre au centre, parfaitement naturelle ailleurs ; soif vive, déglutition facile, ventre indolent, un peu météorisé, offrant, à sa partie antérieure, quelques taches lenticulaires d'un rose pâle ; constipation, urine facile ; pouls régulier, à cent un, médiocrement large, assez résistant ; chaleur élevée, continuation de la sueur ; oppression modérée, respiration peu fréquente, toux nulle comme auparavant ; un peu

de râle muqueux néanmoins, vis-à-vis l'omoplate du côté gauche. (*Huile de ricin*, 30 *gram.*, *petit lait*, *lavem. émoll.*)

Il y eut trois selles dans la journée, du délire et beaucoup d'agitation pendant la nuit. Le 1er septembre le délire persévérait, et, aux questions relatives à sa santé, le malade répondait en riant: Moi malade! D'ailleurs la physionomie était la même que la veille, la parole un peu tremblante, l'attitude naturelle, le pouls à cent sept, le calme complet. (*Limonade* bis, *petit lait* bis, *lavem. émoll.*, *quarante sangsues aux oreilles.*)

La perte de sang fut considérable, le délire continuel, mais calme; il n'y eut pas d'évacuations alvines. Le 2, expression d'une profonde indifférence, parole mal assurée, phrases interrompues, hésitation; langue un peu sèche, sans rougeur; ventre très météorisé, indolent, semé de taches roses lenticulaires très nombreuses; pouls médiocrement large et plein, à cent cinq; chaleur modérée; pas de sudamina. (*Sinapismes aux jambes.*)

Pendant le jour le malade garda un silence obstiné, se leva une fois pour rendre son lavement, et une autre fois sans motif. Ramené au lit par un infirmier, il lui porta plusieurs coups de poing, toujours sans dire mot. Le 3, même taciturnité, nulle réponse aux questions, langue humide, rouge au pourtour, blanchâtre au centre; ventre ballonné, indolent, plusieurs selles involontaires; mêmes taches lenticulaires que la veille; pouls à cent vingt, peu développé; chaleur modérée, bruit respiratoire non accompagné de râle. Le sujet se prêtait avec intelligence à l'auscultation et restait immobile comme une masse inerte. (*Vésicat. aux jambes*, *glace sur la tête.*)

Depuis ce moment jusqu'au 8, jour de la mort, voici ce que j'observai. La taciturnité et le décubitus dorsal persistèrent sans interruption. Le 4 la figure portait l'em-

preinte d'une profonde préoccupation; le 6 elle était plus rouge que de coutume. Les yeux, ordinairement dépourvus d'expression, étaient en partie couverts de mucosités membraniformes; le 7, la langue, humide et jaunâtre le 4, fut constamment sèche ensuite; les selles furent presque toujours involontaires; le météorisme était au dernier degré de développement les 4 et 5, un peu moindre les jours suivants, bien que toujours considérable. — Le pouls fut très fréquent et très irrégulier le 4, les battements du cœur conservant néanmoins leur régularité, la chaleur toujours intense : il y eut un tremblement violent suivi de chaleur et de sueurs copieuses les 5 et 6, vers deux heures de l'après-midi. — La toux ne fut observée en aucun temps, et le malade mourut à cinq heures du matin.

La glace lui fut réappliquée le 4; on lui mit dix-huit sangsues au cou et des sinapismes aux pieds les 5 et 6.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-CINQ HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Quelques vergetures à l'épaule droite.

Tête. Environ une petite cuillerée de sérosité dans la cavité supérieure de l'arachnoïde, faibles traces d'infiltration au-dessous de cette membrane, une cuillerée de sérosité dans les fosses occipitales inférieures, pas une goutte dans les ventricules latéraux; pie-mère un peu rouge; substance corticale légèrement nuancée de rose, la médullaire médiocrement injectée; l'une et l'autre d'une bonne consistance.

Cou. Glandes lymphatiques un peu plus rouges et plus développées que dans l'état naturel.—L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère sains, ou seulement verdâtres.

Poitrine. Une chopine de liquide rouge et limpide dans chacune des plèvres. Poumons parfaitement libres; le droit plus lourd que le gauche, d'un rouge foncé à l'extérieur et

à l'intérieur, surtout en arrière et en bas, où l'on pouvait en obtenir, par la pression, un liquide noir, non aéré. Le poumon gauche offrait le même état, mais à un moindre degré, de manière que le liquide qu'on en exprimait à la base était encore mêlé de quelques bulles d'air.—Le cœur était extrêmement mou, les parois de son ventricule droit avaient près de 3 millimètres d'épaisseur. L'aorte était d'un rouge foncé dans sa première moitié, d'un rouge beaucoup plus faible ensuite.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac avait un petit volume, était grisâtre à l'intérieur, contenait une petite quantité de liquide de même couleur. Sa membrane muqueuse avait une nuance semblable, qu'interrompaient seulement, de loin en loin, quelques taches rouges, une épaisseur convenable et une bonne consistance, si ce n'est dans quelques points du grand cul-de-sac. Elle était mamelonnée dans presque toute son étendue.— L'intestin grêle avait un médiocre volume, contenait une assez grande quantité de bile et de mucosités. Sa membrane muqueuse, pâle ou jaunâtre, pointillée de noir dans quelques parties, était généralement moins consistante que dans l'état ordinaire, et molle comme du mucus dans ses quatre derniers pieds. Dans cette même partie se trouvaient quarante ulcérations, de 25 à 75 millimètres de surface, situées, pour la plupart, à l'opposite du mésentère, sur des plaques elliptiques, plus rapprochées et plus larges dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs, offrant la tunique musculaire à nu, ou incomplètement recouverte par une lame mince de tissu cellulaire. Le bord de ces ulcérations était plus ou moins rouge et saillant, décollé dans quelques points, formé par les portions de membrane muqueuse et de tissu cellulaire de la plaque, non détruites, principalement par le tissu cellulaire, qui était plus épais et plus rouge que cette membrane—Le gros intestin était excessive-

ment distendu, de manière que ses bandes longitudinales avaient près de 25 millimètres de largeur. Sa membrane muqueuse était pâle, au moins aussi épaisse que dans l'état naturel, un peu ramollie dans la sixième partie de son étendue, et elle offrait deux petites ulcérations dans le cœcum et le colon droit, à bords plats et à fond celluleux. La tunique musculaire était un peu plus épaisse que dans l'état naturel. — Les glandes du mésentère correspondantes au jéjunum étaient augmentées de volume et grisâtres; les suivantes, beaucoup plus épaisses et plus rouges, étaient ramollies et semées de points jaunes, opaques, à l'intérieur, dans le voisinage du cœcum. — Le foie était molasse, d'un médiocre volume, violacé à l'extérieur, pâle en dedans où il était difficile de distinguer ses deux couleurs. La vésicule biliaire contenait une médiocre quantité de bile claire. — La rate était au moins triplée de volume, d'un rouge brun, facile à réduire en putrilage. — Les reins avaient une consistance moyenne, une couleur livide, qui devenait verdâtre par l'exposition des parties incisées à l'air. — Les autres viscères étaient sains.

Malgré quelques différences assez remarquables entre cette observation et la précédente, relativement aux symptômes, il n'était pas possible de méconnaître la ressemblance des deux cas; et l'on devait s'attendre, si le malade succombait, à trouver après sa mort des lésions plus ou moins semblables à celles qui ont été décrites chez le premier.

En effet, il y eut ici, comme dans l'observation précédente, du délire, de la stupeur, des épistaxis, des taches roses lenticulaires, du météorisme; et si la diarrhée n'eut lieu que longtemps après le début, le malade avait éprouvé, dès les premiers jours de l'affection, des douleurs de ventre qui n'indiquaient pas moins sûrement son siége que la diarrhée.

Relativement aux lésions, celle de l'iléum était la plus profonde, sans doute la plus ancienne, avait suivi la même marche que dans le premier cas, puisque les ulcérations des plaques étaient plus nombreuses et plus larges dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs, que les glandes mésentériques étaient d'autant plus volumineuses et plus ramollies qu'on appochait davantage de ce dernier intestin, près duquel seulement quelques unes d'entre elles offraient des points purulents à l'intérieur. L'analogie de lésions ne se bornait pas à celles de l'iléum et du mésentère. Comme chez le sujet de la précédente observation, la rate était volumineuse et extrêmement ramollie, le foie pâle et mollasse, le cerveau un peu injecté; en outre, sa substance corticale avait une nuance rose; le cœur était extrêmement mou, l'aorte très rouge à l'intérieur, et le gros intestin très distendu.

Sans m'arrêter au ramollissement du cœur, ou à la rougeur de l'aorte, je remarquerai que la membrane muqueuse du gros intestin avait, malgré sa distension, au moins son épaisseur ordinaire; ce qui suppose un épaississement réel : qu'elle était pâle dans toute son étendue et ramollie dans quelques points seulement, en sorte qu'on ne pouvait attribuer cet excès d'épaisseur à l'inflammation. La tunique musculaire elle-même était un peu épaissie; et nous verrons plus tard que cette double lésion doit être regardée comme l'effet du météorisme, ou de la réaction qu'il détermine dans les tuniques du colon.

Quant aux petites ulcérations de l'intestin grêle, dont quelques-unes ne se trouvaient pas à l'opposite du mésentère et par conséquent sur les plaques elliptiques, on ne leur croira pas un siége différent de celui des autres, si l'on se rappelle que dans l'état naturel on trouve fréquemment dans l'iléum, outre les plaques elliptiques, des plaques irrégu-

lières, de même structure, beaucoup moins grandes, placées entre les premières ou dans d'autres points de la circonférence de l'intestin, et sur lesquelles s'étaient probablement développées les petites ulcérations dont il s'agit.

Celles du cœcum et du colon droit n'infirment pas, à beaucoup près, ce qui a été dit de l'ancienneté des ulcérations de l'intestin grêle ; car celles-ci étaient profondes, et les autres superficielles.

Plus tard j'indiquerai la valeur de la teinte rose de la substance corticale, dans le cas où on l'observe, et je passe à l'exposition d'un troisième fait non moins intéressant que ceux qui précèdent.

IIIe OBSERVATION.

Diarrhée dès le début ; somnolence, délire dès le troisième jour ; puis météorisme considérable, soubresauts momentanés dans les tendons ; mort au *vingt-sixième jour*.—Ulcérations des plaques elliptiques de l'iléum ; glandes mésentériques correspondantes bleuâtres, volumineuses, ramollies, piquetées de jaune, ou contenant des masses concrètes, de même couleur, près du cœcum ; ramollissement, épaississement de la membrane muqueuse du colon ; celle de l'estomac mamelonnée et un peu ramollie.

Un commissionnaire, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis treize mois, d'une constitution médiocrement forte, tomba malade le 25 septembre 1824 et fut conduit à l'hôpital de la Charité le 2 octobre suivant. Il avait éprouvé, au début de l'affection, de la diarrhée, une céphalalgie intense, des éblouissements, une faiblesse si considérable qu'il ne pouvait se tenir que très difficilement debout, et qu'il fut obligé de se mettre au lit dès le second jour. Le troisième, du délire et de l'assoupissement s'étaient joints aux symptômes précédents ; des frissons avaient paru et s'étaient fréquemment renouvelés depuis la même époque : le malade n'avait

eu ni nausées ni vomissements. — Des sangsues appliquées à l'épigastre et au cou n'avaient été suivies d'aucun effet appréciable.

Le délire fut très agité dans la nuit du 2 au 3 ; et le 3, à l'heure de la visite, nous trouvâmes le sujet dans l'état suivant : réponses bizarres ou nulles, parole tremblante, indifférence profonde sur tout ce qui se passe, fixité des yeux, assoupissement très fréquent ; langue sèche et vacillante, sans rougeur ; ventre un peu météorisé, selles involontaires : pouls à quatre-vingt-dix, sans dureté ; chaleur élevée, point de sudamina : respiration médiocrement accélérée, râle sec et sonore à la partie antérieure de la poitrine, dans l'inspiration. Le malade dit souffrir partout, bien que la pression abdominale n'excite pas de grimaces, quelque part qu'on la pratique. (*Orge édulcorée*, ter ; *lavement de lin ; fomentations émollientes ; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le délire continua ; il n'y eut pas de selles dans la journée. Pendant la nuit l'agitation fut considérable ; le sujet voulut, à différentes reprises, quitter le lit, où l'on fut obligé de le maintenir avec le gilet de force. Le 4, au matin, il bredouillait sans cesse au milieu d'un assoupissement non interrompu, étant d'ailleurs dans le même état que la veille.

Les 5 et 6, même délire, même assoupissement, stupeur légère, soubresauts vermiculaires dans les tendons ; langue très vacillante, sèche et rude ; ventre très météorisé, un peu douloureux, semé de taches roses lenticulaires ; point d'évacuations alvines sans lavements : pouls un peu étroit, régulier, à cent ; respiration dans le même état que le premier jour : quand on lui demande s'il souffre, le malade dit n'en savoir rien. — Les vésicatoires étant un peu livides et fournissant beaucoup de pus, on les fit sécher et on en ordonna deux autres aux jambes

Les mêmes symptômes persistèrent avec quelques variations jusqu'au 20, jour de la mort ; et jusque là, c'est-à-dire dans l'espace de deux semaines, voici ce que j'observai :

Il y eut des alternatives de délire et d'assoupissement ; ce dernier symptôme fut presque continuel, et, comme par le passé, presque toujours accompagné de bredouillements. Les nuits furent agitées pour la plupart, et le malade presque toujours maintenu avec le gilet de force ; la stupeur, momentanément dissipée le 7, était profonde le 8 ; l'affaissement plus marqué, le 15, qu'à l'ordinaire, et encore plus profond les jours suivants. Une raideur considérable dans les membres inférieurs eut lieu le 12, et ne fut pas observée dans la suite. Le même jour on remarqua, pour la première fois, une escharre au sacrum ; elle était tombée le 18. — La langue fut constamment sèche et rousse ; plusieurs fois le sujet refusa de la montrer, et on ne put la voir sans lui pincer le nez. Les selles furent toujours involontaires, souvent nombreuses du 10 au 14. Le météorisme diminua bientôt, et il avait disparu le 13. — Le pouls, faible et irrégulier le 12, battit de de cent à cent quatre fois par minute jusqu'aux trois derniers jours de la vie, pendant lesquels il donnait de cent soixante à cent quatre-vingts pulsations. La chaleur fut toujours intense, la nuit surtout. — Le 18, on entendait une sorte de râle crépitant, très faible à la partie antérieure du côté droit de la poitrine, pendant l'inspiration.

Le 20, à l'heure de la visite : figure écoulée, respiration plus fréquente que les jours précédents. Un peu plus tard, à dix heures, agitation légère, plaintes confuses, lèvres violettes, pouls extrêmement petit et fréquent, difficile à compter. A une heure, respiration stertoreuse, mouvements continuels de la tête à droite et à gauche. Mort à deux heures et demie.

On continua la même tisane ; on prescrivit, en outre, le 18,

une potion aromatique avec cinq décigrammes de musc ; on y ajouta huit grammes d'extrait de quinquina, le 19.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Rien de remarquable que l'ulcération du sacrum. Muscles d'une couleur convenable, non poisseux.

Tête. Arachnoïde opaque et épaisse dans plusieurs points, près du sillon longitudinal, sans la plus petite granulation (glandes de Pacchioni). Légère infiltration sous-arachnoïdienne; une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, trois dans les fosses occipitales inférieures : les quatre ventricules très dilatés. Toute la masse encéphalique d'une bonne consistance, sans injection.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère parfaitement sains.

Poitrine. Le cœur et l'aorte étaient dans l'état naturel. — Les poumons remplissaient exactement la cavité des plèvres, étaient emphysémateux et libres, à part quelques points où l'on observait des adhérences celluleuses à la base du poumon gauche. Le droit était lourd, parfaitement sain à son sommet, plus ou moins ferme, quoique élastique, dans les trois quarts inférieurs, où sa couleur variait du fauve foncé au rouge noirâtre. L'excès de fermeté s'étendait intérieurement, à deux pouces de la surface de l'organe, et, dans quelques points de cette épaisseur, le tissu pulmonaire avait un aspect grenu, tandis que dans d'autres il offrait de petites granulations opaques, comme tuberculeuses, miliaires, ordinairement confluentes. La pression en exprimait un peu de liquide brunâtre, sans air. La même fermeté, sans granulations, sans aspect grenu, se retrouvait dans le poumon gauche, mais dans une moindre étendue, et le fluide qu'on en exprimait était mêlé de quelques bulles d'air. — Les bron-

ches droites étaient plus rouges que les gauches ; les unes et les autres étaient d'ailleurs parfaitement saines.

Abdomen. L'œsophage n'offrait rien de remarquable. — L'estomac était d'un petit volume et contenait une médiocre quantité de liquide jaune. Sa membrane muqueuse avait cette même couleur dans le grand cul-de-sac, où elle était veloutée ; une teinte orange dans le reste de son étendue, où elle présentait un aspect mamelonné, une consistance généralement un peu moindre que dans l'état ordinaire, et une épaisseur convenable. Mais sur la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure, à peu près à égale distance du cardia et du pylore, on voyait une surface déprimée de 20 millimètres de diamètre, un peu rayonnée à sa circonférence, où la muqueuse n'avait que le tiers de l'épaisseur qui lui est naturelle, et adhérait davantage que partout ailleurs au tissu cellulaire sous-jacent, qui n'offrait rien de remarquable néanmoins. — L'intestin grêle présentait deux invaginations de la longueur de 400 millimètres, de sa partie supérieure dans l'inférieure, et il contenait une médiocre quantité de mucus, mêlé de bile. Sa membrane interne était un peu épaissie, d'une médiocre consistance, légèrement injectée dans la première moitié de sa longueur, rougeâtre et ramollie ensuite, surtout dans les quatre pieds voisins du cœcum, où l'on pouvait à peine en obtenir, par traction, des lambeaux de la plus petite étendue. Dans cette dernière partie se trouvaient dix ulcérations, de forme et de dimension différentes, ovalaires, pour la plupart, placées à l'opposite du mésentère sur les plaques elliptiques qui étaient plus ou moins largement détruites, de 15 à 50 millimètres de surface. Les plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale offraient la tunique musculaire à nu, dans toute leur surface, ce qui n'avait lieu pour les autres, que

dans quelques points. Leurs bords étaient plus ou moins saillants, rougeâtres et grisâtres, et cette couleur était partagée par le tissu cellulaire, dont l'épaississement était à peu près le même que celui de la muqueuse qui le recouvrait. Un assez grand nombre de cryptes de Brunner plus ou moins développées, dont quelques-unes offraient un point gris à leur centre, se trouvaient dans l'intervalle des ulcérations ; et, entre celles-ci et le duodénum, on voyait vingt-quatre plaques elliptiques, grisâtres ou blanchâtres, épaissies à leur pourtour par le développement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent, déprimées, comme usées à leur centre, où elles n'avaient guère que l'épaisseur qui leur est naturelle. — Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales pultacées. Sa membrane muqueuse, généralement grisâtre, était rougeâtre dans quelques points, augmentait d'épaisseur du cœcum à l'S du colon, où elle avait le triple de l'épaisseur qui lui est ordinaire, et sa consistance diminuait dans le même sens. — Les glandes mésentériques étaient violacées pour la plupart ; leur volume devenait plus considérable à mesure qu'on s'approchait du cœcum, près duquel plusieurs d'entre elles offraient intérieurement des points jaunes, comme purulents. Il y avait aussi, dans les deux plus voisines du gros intestin, une masse assez considérable de matière jaune concrète, d'une médiocre consistance, et d'apparence tuberculeuse. — Le foie était rouge et gorgé de sang, la bile de la vésicule peu abondante et bien fluide, la rate facile à réduire en putrilage.

La prompte apparition du délire au troisième jour de la maladie, sa continuité, les soubresauts des tendons un peu plus tard, donnaient à cette affection la forme de ce qu'on appelait naguère encore *fièvre ataxique* ; sans qu'il fût possible

néanmoins de méconnaître sa ressemblance avec les cas précédents. Comme dans le premier, en effet, la diarrhée qui eut lieu dès le début, indique que la maladie avait, dès ce moment, son siége dans l'abdomen ; il y eut des taches roses lenticulaires, un météorisme considérable qui ne disparut que quelques jours avant la mort ; le délire alternait avec l'assoupissement, la faiblesse fut rapidement portée à un point extrême. Tous ces symptômes étaient ceux des fièvres continues les plus graves ; la plus importante lésion se trouvait dans l'iléum, les ulcérations de cet intestin augmentaient en largeur et en profondeur à mesure qu'on s'approchait du cœcum ; de manière qu'à s'en tenir à ces trois premiers faits, on serait porté à croire que l'altération plus ou moins profonde des plaques elliptiques de l'iléum existe dans tous les cas de fièvre typhoïde, ou continue grave ; qu'elle est, chez les sujets qui y succombent, la lésion la plus ancienne, et qu'elle commence dans le voisinage du cœcum. N'oublions pas d'ailleurs qu'ici, comme dans les observations précédentes, la saillie du bord des ulcérations était le résultat du double épaississement des membranes muqueuse et celluleuse qui forment les plaques ; que l'une et l'autre étaient plus ou moins rouges et grisâtres ; qu'ainsi ces deux tissus semblaient encore avoir été affectés simultanément et de la même manière. L'état des glandes mésentériques doit aussi être remarqué, leur altération, toujours en harmonie avec celle des plaques, étant plus profonde dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs.

Que l'altération des plaques elliptiques de l'iléum qui était la plus grave, fût aussi la plus ancienne ; qu'on dût lui rapporter plus ou moins complétement les premiers symptômes de l'affection, la chose ne paraît guère susceptible de doute ; et les faits qui seront successivement exposés, et sur lesquels il

ne conviendrait pas d'anticiper, rendront cette proposition incontestable.

Le météorisme, après avoir été considérable, avait cessé quelques jours avant la mort, et la membrane muqueuse du colon était rougeâtre et très épaissie. Ne faut-il pas croire que cet épaississement était le double effet de l'inflammation et de la réaction produite par le météorisme sur les tissus qui forment les parois du gros intestin ? Cette conjecture, qui doit paraître très vraisemblable, sera mieux appréciée par les faits, lors de la description générale du colon.

Quant à l'épanchement assez considérable de sérosité qui existait dans les ventricules du cerveau et dans les fosses occipitales inférieures, il ne pouvait en aucune manière rendre compte des symptômes cérébraux ; un semblable épanchement ayant lieu dans nombre de cas où il n'y a pas eu de délire, et toutes les fois que l'agonie a été plus ou moins longue, comme chez le sujet qui nous occupe.

IVe OBSERVATION.

Selles régulières ou rares pendant dix jours ; puis diarrhée, météorisme, stupeur, délire ; mort au *vingt-sixième jour*.— Plaques dures, ulcérées ou non-ulcérées dans toute l'étendue de l'intestin grêle ; plaques plus petites, non-ulcérées, dans le gros intestin ; foie mou ; rate volumineuse et extrêmement ramollie ; toutes les glandes mésentériques rouges et volumineuses, surtout près du cœcum.

Un tabletier, d'une sensibilité très vive, âgé de vingt-trois ans, né à Paris, marié depuis neuf mois, ayant eu des chagrins profonds depuis cette époque, fut admis à l'hôpital de la Charité le 1er novembre 1822. Il accusait trois semaines de maladie, gardait le lit depuis cinq jours, avait continué à

travailler, bien que moins qu'à l'ordinaire, dans les quinze premiers, et il avait incomplétement perdu l'appétit depuis trois mois. Au début, céphalalgie intense, soif vive, anorexie complète, chaleur élevée, douleur dans les membres. Ces symptômes continuèrent, la céphalgie fut beaucoup moindre, à la suite d'une épistaxis considérable, survenue au septième jour ; les selles, régulières ou rares dans les dix premiers, furent liquides et nombreuses après cette époque, et quelquefois accompagnées de douleurs dans l'abdomen. Des frissons alternèrent fréquemment avec la chaleur dans la dernière semaine, et, dès le début, le sommeil fut agité. D'ailleurs nulle douleur à l'épigastre, point de nausées, si ce n'est l'avant-veille de l'admission du malade à l'hôpital, après avoir pris un verre de vin pur dans l'intention de relever ses forces : nulle douleur de ventre avant la diarrhée. A tous ces symptômes s'étaient jointes des douleurs de gorge et un peu de toux, dans les cinq derniers jours.

Le 1er novembre : physionomie naturelle, sentiment d'une profonde faiblesse, nulle céphalalgie, douleurs lombaires par intervalles, sommeil troublé par des rêves continuels, somnolence le jour, langue naturelle à la pointe et au centre, blanchâtre ailleurs, soif vive, désir de boissons froides, déglutition gênée, rougeur au pharynx, au bord libre du voile du palais et aux amygdales, sécheresse dans ces parties ; gencives saignantes par la moindre pression, comme depuis l'enfance, ombilic un peu sensible au toucher ; tout le reste du ventre souple et indolent ; vingt-cinq selles dans les dernières vingt-quatre heures, accompagnées de douleurs à l'anus : chaleur modérée, pouls à cent, régulier, assez large : respiration peu accélérée, toux rare, quelques crachats insignifiants, bruit respiratoire un peu plus clair à gauche qu'à droite, sans aucun râle. Le malade ne se plaignait que de son

dévoiement et de l'anorexie. (*Orge édulc.*, quater; *fom émoll.*; *pot. gom.* ; *saignée de* 240 *grammes.*)

La respiration fut momentanément un peu plus libre après la saignée; il y eut deux épistaxis, deux selles dans la journée, et dans la nuit un peu de délire et une sueur copieuse. Le 2, point d'abattement, réponses convenables, vue bonne, oreille un peu dure; pouls à cent quatre, chaleur élevée; ventre indolent, même à la région de la rate; plusieurs taches roses lenticulaires à sa surface. Le sang tiré la veille était sans retrait et couvert d'une couenne gélatiniforme de plus d'une ligne d'épaisseur.

Le nombre des selles fut le même que la veille, et pendant la nuit le malade parcourut les salles en chemise. Le lendemain, 3, il ne se rappelait pas son délire, ses traits étaient un peu affaissés, ses yeux injectés, ses réponses justes et assez rapides; il se disait assez bien, avait la langue humide et nette, le ventre météorisé et indolent, la peau sèche et chaude, le pouls à cent quinze. (*Même tisane.*)

Le délire reparut peu après la visite, et, à raison de l'agitation qu'il éprouvait, le malade fut fixé dans son lit avec le gilet de force. Le 4, il ignorait où il se trouvait, ne se plaignait pas d'être attaché, était profondément indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, ne répondait que par oui et par non; ses yeux étaient, comme la veille, un peu rouges, ses dents encroûtées, son nez tout barbouillé de sang, et il avait, pour la première fois, des soubresauts dans les tendons; la langue était gluante et noirâtre, couverte d'une croûte jaune dans quelques points; le ventre météorisé, la vessie soulevée au-dessus du pubis par une grande quantité d'urine. (*Infus. froide de kk.*; *lavem. de kk. camphré*; *fomentat. de vin aromat.*; *pot. av. sir. et vin de kk.*; *vésicat. aux j.*)

Le délire persista. Le lendemain matin, à six heures, le ma-

lade semblait dans une sorte de sidération et presque entièrement dépourvu de sensibilité ; son visage était plombé, son pouls difficile à explorer, parfois insensible, les battements du cœur tumultueux, les soubresauts des tendons plus rares que la veille, la respiration accélérée, le bruit respiratoire sans aucun mélange de râle, antérieurement ; la parole inintelligible.

Il y eut, dans la journée, des retours momentanés de l'intelligence, des selles involontaires ; et le sujet mourut à huit heures.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Teinte verdâtre des parois de l'abdomen.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne médiocre ; petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; cerveau peu injecté, d'une bonne consistance ; le cervelet et la protubérance cérébrale dans l'état naturel.

Poitrine. 240 grammes de liquide sanglant dans chacune des plèvres ; quelques adhérences cellulaires du côté droit. Poumons mous, un peu plus rouges que de coutume, d'ailleurs sains.— Cœur d'un bon volume, un peu flasque.

Abdomen. Œsophage sain.— Membrane muqueuse de l'estomac violacée dans le grand cul-de-sac, grisâtre dans le reste de son étendue, ayant une consistance convenable ; le tissu cellulaire sous-jacent infiltré dans sa moitié inférieure. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était mince, facile à détacher par traction, et offrait, dans toute sa longueur, des lésions graves ; savoir : 1° des saillies arrondies de neuf à quatre millimètres de diamètre, d'une hauteur un peu moindre, les unes ulcérées, les autres non-ulcérées ; celles-ci occupant la première moitié de l'intestin. La membrane muqueuse était ramollie à leur surface, et au-dessous d'elle

se trouvait une matière homogène, d'un blanc rosé, ou légèrement jaunâtre, épaisse de deux à cinq millimètres ou même plus, développée dans le tissu cellulaire, un peu friable à sa surface, et d'autant plus ferme qu'on l'examinait plus près de la tunique musculaire. Les boutons ulcérés offraient la même structure ; seulement la membrane muqueuse avait disparu à leur sommet, et la matière qui vient d'être décrite était plus ramollie, à sa surface libre, que dans les boutons non-ulcérés. 2° Un grand nombre de plaques elliptiques jaunâtres, plus ou moins largement ulcérées, dans l'iléum ; d'autant plus rapprochées et plus longues qu'elles étaient plus voisines du cœcum, de la même structure que les boutons placés dans leur intervalle, de 5 à 7 millimètres d'épaisseur à leur pourtour, moins à leur centre, surtout près de la valvule iléo-cœcale. La matière dont elles étaient principalement formées adhérait, dans ce dernier point, à la tunique musculaire, tandis qu'elle offrait encore une certaine mobilité dans les parties placées au-dessus, où le tissu cellulaire n'était pas altéré dans toute son épaisseur. La tunique musculaire n'était un peu épaissie qu'au-dessous des plaques voisines du cœcum. Réunies aux tumeurs ou saillies ulcérées, ces plaques occupaient, dans les quinze derniers pouces de l'iléum, les deux tiers de sa surface.— Le colon offrait une petite quantité de matière fécale pultacée. Sa membrane muqueuse était un peu ramollie, s'enlevait néanmoins très aisément, par traction, en larges lambeaux ; et, depuis le cœcum jusqu'à l'S du colon où elles finissaient, on voyait un grand nombre de petites tumeurs aplaties, non ulcérées, d'autant moins rapprochées qu'elles étaient plus voisines de leur limite, de même structure que les boutons ou saillies de l'intestin grêle. La membrane muqueuse était seulement plus ou moins rouge, ramollie et épaissie à leur surface, sans être ulcérée.—Toutes

les glandes mésentériques étaient volumineuses et rouges, dans le voisinage du cœcum surtout. Les mésocolites étaient aussi plus grosses que dans l'état naturel. — Le foie était mollasse, verdâtre à l'extérieur, pâle à l'intérieur ; la bile de la vésicule très liquide, claire et verdâtre.—Les reins étaient décolorés. — La rate était triplée de volume, d'un rouge foncé, presque putrilagineuse. — Le reste sain.

Que nous envisagions ce fait sous le rapport des symptômes ou de l'état des organes, il est digne de toute notre attention. Au début, pendant dix jours, le malade n'éprouve que de simples phénomènes fébriles, sans douleurs de ventre, sans diarrhée, sans toux, aucun symptôme enfin qui indique un organe spécialement affecté. Après cette première époque les selles sont liquides et nombreuses, il y a quelques douleurs de ventre ; cinq jours après leur apparition le malade se met au lit, le délire et le météorisme ne se manifestent que quelque temps après ; et, à l'ouverture du corps, on trouve des tumeurs arrondies, ou des plaques elliptiques ulcérées dans toute la longueur de l'intestin grêle, d'une structure différente de celle que nous avons observée jusqu'ici, des plaques semblables, mais beaucoup moins larges et non-ulcérées dans le gros intestin, la rate très volumineuse, surtout très ramollie ; et les autres organes dans l'état naturel, ou très légèrement altérés.

Si, du moment où le météorisme, les symptômes cérébraux et quelques autres encore, se joignirent à la diarrhée, le caractère de l'affection ne pouvait être douteux ; si, dès lors, on devait s'attendre à trouver dans l'intestin grêle des lésions plus ou moins profondes, semblables à celles qui ont été décrites dans les précédentes observations, on pouvait hésiter jusque là, et peut-être le lecteur se demande-t-il si ces symp-

tômes fébriles, sans diarrhée ni douleurs de ventre, observés dans les dix premiers jours, étaient liés à l'altération commençante des plaques elliptiques de l'iléum. L'affirmative ne paraîtra guère douteuse, si l'on remarque que les lésions les plus profondes étaient celles de l'intestin grêle; qu'au moment où la diarrhée parut, l'affection ne changea pas de face; que seulement alors un nouveau symptôme fut ajouté à ceux qui existaient déjà; qu'on peut en dire autant à l'égard du délire et du météorisme; que nous avons déjà vu les selles rester régulières ou devenir rares, aussi longtemps au moins que dans le cas dont il s'agit, chez un sujet qui n'avait alors, de plus que celui-ci, que quelques douleurs de ventre, sans qu'il fût possible d'élever des doutes bien fondés sur la cause des symptômes. Et si, depuis le début de l'affection jusqu'au terme fatal, tous les phénomènes morbides furent liés à cette même lésion, il en résulte que celle-ci peut rester latente pendant un espace de temps assez considérable, ou ne pas donner lieu à la plupart des symptômes qui l'accompagnent ordinairement.

Il est remarquable d'ailleurs que, bien qu'occupant l'intestin grêle dans toute sa longueur, la lésion dont il s'agit n'en avait pas moins suivi la marche que nous avons observée jusqu'ici; qu'elle était d'autant plus étendue et plus profonde qu'elle avoisinait davantage le cœcum; qu'il en était de même des glandes mésentériques; que si l'altération du tissu cellulaire sous-muqueux était différente de celle que j'ai décrite dans les précédentes observations, elle ne manquait à aucune des plaques dont la muqueuse était altérée: de manière qu'ici encore il est impossible de dire par où a commencé l'affection, si c'est par la membrane muqueuse ou par le tissu cellulaire placé au dessous.

Si la valvule iléo-cœcale fut, suivant toutes les apparences

le point de départ de la lésion de l'intestin grêle, elle paraît encore avoir été celui des tumeurs du gros intestin, tumeurs d'autant moins rapprochées qu'on s'éloignait davantage du cœcum, et très vraisemblablement développées en même temps que celles de la première moitié de l'intestin grêle, comme elles non ulcérées.

Maintenant, quel était le siége des gros boutons de l'intestin grêle et des plaques analogues du gros intestin ? C'est ce qu'il n'est pas possible de déterminer d'une manière rigoureuse. L'analogie indique bien que le développement de ces lésions devait correspondre aux cryptes solitaires ; mais cette supposition a aussi ses difficultés, comme il sera dit au sujet de l'altération des cryptes, considérée d'une manière générale.

Enfin, et je terminerai par cette remarque, la membrane muqueuse de l'estomac était, à très peu de chose près, dans l'état naturel, bien que, depuis assez long-temps, le sujet de l'observation eût en grande partie perdu l'appétit ; d'où il faut conclure l'extrême difficulté d'apprécier à leur juste valeur les symptômes gastriques, quand ils se bornent, comme ici, à un simple dérangement de fonctions, alors même que l'individu chez lequel on les observe n'offre pas d'autre altération appréciable de la santé.

Ve OBSERVATION.

Fièvre, faiblesse considérable au début, puis diarrhée ; plus tard météorisme, délire, mort au *vingt-cinquième jour*. — Ulcérations nombreuses dans l'iléum, rares dans le colon ; glandes mésentériques correspondantes aux plaques elliptiques, altérées, rouges, volumineuses et ramollies.

Une fille de vingt ans, d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement forte, était malade et à Paris depuis deux semaines, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 12 janvier 1823. Au début, céphalalgie, frissons

violents, suivis de chaleur, soif, anorexie, sentiment de faiblesse. La céphalalgie persista, les frissons se renouvelèrent irrégulièrement tous les jours, la faiblesse fit des progrès rapides, de manière que la malade fut obligée de se mettre au lit dès le troisième jour de l'affection. Elle eut de la diarrhée, mais à une époque incertaine, des nausées l'avant-veille de son admission à l'hôpital, et enfin des vomissements de bile mêlée de vers à la suite d'une émétique. D'ailleurs on ne l'entendit se plaindre en aucun temps de douleurs quelconques, de celles de tête excepté. Il y eut un peu de toux peu après le début.

Le 13, air d'abattement, de malaise et d'ennui; assoupissement continuel, changement de position assez fréquent, parfois décubitus transversal, figure médiocrement colorée, sens intègres, réponses convenables; mais l'exercice des facultés intellectuelles fatigue beaucoup la malade dont la mémoire est naturellement peu développée : langue humide, nette au pourtour, blanchâtre au centre; anorexie, soif assez vive, déglutition facile; ventre très météorisé, indolent, parsemé, comme la poitrine, de taches roses lenticulaires, un peu saillantes; pouls petit, enfoncé, à cent dix-huit, chaleur peu élevée; toux rare, respiration accélérée, râle sec et sonore à droite du thorax, muqueux à gauche, à peu près égal dans toute l'étendue de la poitrine. La malade dit avoir mal partout également. — Une saignée pratiquée la veille, peu après son admission à l'hôpital, n'avait produit aucun soulagement. (*Orge édulc.*; *polygala édulc.*; *foment. de camom.*; *lav. lin*; *vésicat. aux jambes.*)

Il y eut plusieurs selles dans la journée, et du délire pendant la nuit. Le 4, à l'heure de la visite, figure un peu altérée, sans stupeur; réponses justes, mais extrêmement lentes; un peu moins d'anxiété : les autres symptômes comme la veille. (*Vésicat. à la poitr.*)

Dans la journée, plusieurs vomissements de bile mêlée à des vers lombrics, une seule évacuation alvine; dans la nuit, délire et sortie du lit. Le 15, air de malaise et d'anxiété, gémissements continuels, changements fréquents de position, intelligence intègre. (*Huile de ricin*, 30 grammes; *lav. de fougère; bouill. aux herbes.*)

Les évacuations alvines furent fréquentes et dépourvues de vers; il y eut peu d'agitation pendant la nuit. Le 16, assoupissement, répugnance à l'exercice des facultés intellectuelles encore plus marquée que de coutume, mouvements variés et presque continuels de la tête à droite et à gauche, rougeur et gonflement de l'extrémité du nez; langue sèche, météorisme; pouls petit, étroit, à cent seize : toux assez fréquente, râle sec, sonore ou sifflant, universel. La malade disait souffrir partout, à la poitrine spécialement.

Dans la soirée, sa figure devint rouge et animée. Le 17, elle était encore assez colorée; le nez était moins enflé et moins rouge que la veille, la lèvre supérieure épaissie, les taches lenticulaires du ventre presque entièrement effacées, les crachats visqueux, l'un d'eux rouge-brun; le pouls beaucoup plus fort que de coutume; le reste comme la veille. (*Vésic. aux cuisses.*)

La chaleur et la dyspnée devenant plus considérables le soir, on fit une saignée qui produisit un soulagement momentané : il y eut pendant la nuit un délire violent, accompagné de cris. Le 18 au matin, la figure était plus colorée que la veille, l'assoupissement moindre, le nez rouge, le ventre météorisé, indolent; il y avait des nausées par intervalles : le sang tiré de la veine était sans retrait, et couvert d'une couenne jaunâtre, demi-transparente, molle, de cinq à sept millimètres d'épaisseur.

Le délire fut permanent, et il y eut des selles involontaires

le lendemain. Le 20, à l'heure de la visite, la surdité, qui existait depuis quelques jours, était extrême, la figure pâle au centre, empreinte de malaise et de douleur, la parole inintelligible, l'abattement profond, le délire presque continuel; les selles involontaires, les vésicatoires des jambes presque secs, ceux des cuisses et de la poitrine un peu saignants et en pleine suppuration. (*Infus. de kk. av. le sir. de g.* bis; *pot. ton. av. vin et sirop de kk.*, *aa* 64 grammes; *foment. av. l'alc. camphré.*)

La malade eut encore des selles involontaires et quelques nausées, fut continuellement assoupie pendant le jour, et poussa des cris pendant la nuit. Le lendemain, figure profondément altérée, air d'égarement, bras et avant-bras raides et un peu fléchis, agitation fréquente de la tête, bruit respiratoire sans râle, plus clair à droite qu'à gauche.

Le 22 au matin, la raideur du bras gauche persiste, le pouls est presque insensible, la respiration médiocrement accélérée, le bruit respiratoire comme la veille, la cornée obscurcie. La malade meurt l'après-midi à une heure.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Vésicatoire de la poitrine pâle ; ceux des cuisses un peu rouges, sans épaississement manifeste de la peau correspondante ; quelques vergetures au dos ; plaques marbrées, de la largeur de la paume de la main, au bas des fesses, entourées d'un cercle jaune, au-dessous duquel le tissu cellulaire graisseux avait une couleur pelure d'ognon foncé, sans autre altération sensible.

Tête. Infiltration légère au-dessous de l'arachnoïde qui n'offrait aucune espèce de granulation. Une cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux.

Poitrine. Cœur et aorte parfaitement sains. — Nul épan-

chement dans la cavité des plèvres : poumon droit libre ; adhérences universelles entre celui du côté gauche et la plèvre correspondante ; l'un et l'autre d'un rouge vif, contenant fort peu de sang, mous, excepté le droit qui était hépatisé à son sommet, dans la hauteur de 54 millimètres—Bronches très rouges, d'ailleurs dans l'état naturel.

Abdomen. OEsophage sain, sauf une petite tumeur placée près du cardia, formée par un caillot de sang noir et dur, renfermé dans un rameau vasculaire très dilaté. — Estomac d'un volume convenable. Sa membrane muqueuse était enduite, dans sa moitié inférieure, d'un mucus un peu visqueux, offrait plusieurs bandes rougeâtres de 7 à 9 millimètres de largeur, était ramollie dans le grand cul-de-sac, au point de ne pouvoir fournir de lambeaux par traction, avait une épaisseur et une consistance convenables, dans sa moitié pylorique. — Le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle, contenait une médiocre quantité de mucus, et présentait, dans toute sa longueur, un assez grand nombre de ramifications veineuses remplies de sang, le long desquelles sa membrane muqueuse était rouge. Généralement saine et mince, cette membrane offrait, dans le voisinage du cœcum, dans une longueur de plus trois pieds où elle était ramollie, de nombreuses lésions : 1° plusieurs plaques rougeâtres, irrégulièrement ovalaires, de petites dimensions, formées par la muqueuse et le tissu sous-muqueux épaissis; 2° d'autres plaques plus étendues, inégales, elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, épaisses de 2 millimètres environ, ulcérées, grisâtres et jaunâtres, plus larges près du cœcum qu'ailleurs. Les dernières, dont la membrane muqueuse se trouvait détruite dans une largeur de 11 à 13 millimètres, étaient principalement formées par le développement d'une matière jaunâtre, friable à sa surface, plus ferme à mesure qu'on s'en éloi-

gnait, développée dans l'épaisseur de la tunique cellulaire, facile à séparer des parties environnantes dans quelques points, en tout semblable à celle qui a été décrite dans l'observation précédente ; 3° d'autres ulcérations beaucoup plus petites, à bords minces, faites comme avec un emporte-pièce ; 4° enfin, des boutons ulcérés à leur sommet, de plus de 2 millimètres d'épaisseur, de 9 de largeur, ou environ, ayant la même structure que les plaques jaunes. — La membrane muqueuse du gros intestin était un peu rouge dans les colons transverse et descendant, d'une consistance et d'une épaisseur naturelles d'ailleurs, et elle offrait, dans le colon droit, plusieurs ulcérations de 2 à 7 millimètres de diamètre, ayant pour fond, ou la tunique sous-muqueuse, ou une matière jaune semblable à celle des plaques elliptiques de l'intestin grêle. — Les glandes mésentériques correspondantes aux ulcérations de l'iléum étaient très volumineuses et ramollies ; les autres, à peu près dans l'état naturel. — Le foie était parfaitement sain ; la bile de la vésicule, rousse et un peu visqueuse. — La rate était doublée de volume, légèrement ramollie, d'une couleur claire. — Les autres viscères n'offraient rien qui fût digne d'attention.

Un des points les plus remarquables de cette observation est, sans contredit, le début de la maladie. Car bien qu'au troisième jour il n'y eût ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, ni aucun symptôme qui annonçât une lésion de quelque importance, la faiblesse était déjà considérable, et la malade dans l'obligation de se mettre au lit ; circonstance qui devait faire prévoir une affection grave. Les signes caractéristiques de l'affection typhoïde devinrent progressivement plus nombreux ; il y eut, au milieu et dans les derniers jours de l'affection, quelques symptômes gastriques ; et à l'ouverture du cadavre on trouva pour seules lésions, ou à très peu près,

un ramollissement considérable de la membrane muqueuse de l'estomac dans sa moitié supérieure, des ulcérations de grandeur et de nature variées dans les 97 derniers centimètres de l'iléum, quelques autres beaucoup plus petites et semblables dans le colon droit, et une augmentation très considérable du volume des glandes mésentériques, qui étaient rouges et ramollies dans le voisinage du cœcum. C'est-à-dire que si les symptômes caractéristiques des fièvres typhoïdes ont existé, les lésions de l'intestin grêle étaient semblables à celles qui ont été décrites dans les précédentes observations.

Ces lésions semblent d'ailleurs avoir suivi la marche que nous avons reconnue jusqu'ici, avoir débuté près du cœcum, où elles étaient plus considérables et plus profondes que dans tout autre point. Aucune autre ne paraissait aussi ancienne; de manière qu'ici encore l'iléum doit être considéré comme le siége principal de la maladie, et la source, au moins apparente, des principaux et des premiers accidents. On ne pourrait effectivement attribuer ceux-ci à l'état de la membrane muqueuse du gros intestin, qui, à part quelques ulcérations, était saine; ni à l'état de la muqueuse gastrique, aucun symptôme n'annonçant qu'elle fût affectée au début de la maladie. Il n'est pas même certain que la lésion dont elle était le siége ait commencé au douzième jour de l'affection, les accidents gastriques éprouvés alors pouvant être attribués à la présence des vers lombrics qui furent rejetés à cette époque, et plus tard encore, par le vomissement.

VIe OBSERVATION.

Fièvre, perte des forces, douleurs de ventre pendant huit jours; puis diarrhée, délire, sudamina; mort au *dix-septième jour*.—Plaques elliptiques ulcérées ou non ulcérées, molles ou dures dans le dernier tiers de l'intestin grêle; glandes mésentériques correspondantes d'un

rouge violet, volumineuses, ramollies, piquetées de points jaunes. Ramollissement de presque tous les viscères.

Une fille âgée de dix-neuf ans, à Paris depuis trois, d'une taille élevée, ayant la poitrine large, les membres bien développés, une constitution très forte, tomba malade le 3 juillet 1824, ayant déjà incomplétement perdu l'appétit, à cette époque, depuis quinze jours. Au début, céphalalgie, étourdissements, diminution considérable des forces, obligation de quitter toute espèce de travail, oreilles dures, douleurs de ventre, anorexie, soif vive, chaleur élevée. Ces symptômes continuèrent, la surdité fit des progrès, et au huitième jour vinrent la diarrhée, l'assoupissement, le délire, qui fut à peu près continuel jusqu'au moment où la malade vint à l'hôpital, le 17, au quinzième jour de l'affection. — Des sangsues à l'épigastre et à l'anus, des cataplasmes émollients sur l'abdomen lui avaient été appliqués dès les premiers jours ; elle avait été mise à une diète sévère.

Le délire ayant été fort agité dans la nuit du 17 au 18, on en vint au gilet de force.

Le 18, à l'heure de la visite : air distrait, figure rouge et bleuâtre, avant-bras demi-fléchis, opposant d'abord une résistance insurmontable à l'extension, puis facilement placés dans cette position, et, de nouveau très raides, quelques minutes après ; langue gluante et d'un assez beau rose, vue avec difficulté ; ventre mou, souple, bien conformé, couvert de larges sudamina ; chaleur forte et sèche, pouls peu développé, à plus de cent cinquante ; percussion sonore ; bruit respiratoire sans râle, antérieurement. (*Petit lait; limon.; lav. de lin*, bis ; *saignée de* 240 grammes ; *vésic. aux jambes.*)

La saignée offrit des difficultés à raison de celles qu'on eut à mettre le bras droit dans l'extension. Peu après, le pouls

devint encore plus précipité et plus petit qu'auparavant, la respiration plus accélérée. La malade eut plusieurs évacuations alvines teintes en rouge, recouvra connaissance dans la journée, et mourut, le lendemain matin, à quatre heures, peu après avoir parlé à l'infirmière.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Tissu cellulaire graisseux médiocrement épais; muscles d'une bonne couleur, non poisseux, fermes comme dans l'état normal. La veine céphalique droite avait été percée d'outre en outre, et les lèvres de cette double incision étaient encore béantes.

Tête. Arachnoïde parfaitement saine, sans granulations; très légère infiltration partielle au-dessous de cette membrane; deux petites cuillerées de sérosité dans le ventricule latéral gauche, une à droite. Pie-mère médiocrement injectée; substance corticale d'un rose tendre, surtout à la partie supérieure du cerveau; la médullaire faiblement piquetée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance. — Le cervelet, la moelle allongée et la moelle épinière n'offraient rien de remarquable.

Cou. Le pharynx et les amygdales étaient dans l'état naturel, l'épiglotte et le larynx verdâtres, la trachée-artère et les bronches un peu rouges.

Poitrine. Le cœur était d'un bon volume, pâle, d'une mollesse extrême, facile à déchirer, contenait une petite quantité de sang liquide; les parois du ventricule gauche étaient plus minces que dans l'état naturel. L'aorte avait une couleur rouge foncé, semblable à celle du sang qui s'y trouvait. — Le poumon gauche adhérait à la plèvre costale par un tissu cellulaire rouge et d'ailleurs sain; il était dans l'état naturel antérieurement, mollasse et lourd en arrière et en bas, où il

offrait une couleur d'un rouge noir à l'extérieur et à l'intérieur. Là aussi son tissu était homogène en apparence, plus résistant que celui qui est hépatisé, moins ferme que celui qui est sain, et il se couvrait, à la surface des incisions qui y étaient pratiquées, d'une lame de liquide rouge obscur, non aéré. Le poumon droit n'offrait rien de remarquable, si ce n'est un peu d'engouement dans ses parties postérieure et inférieure.

Abdomen. L'œsophage était dépouillé, en partie, de son épiderme, et, à cela près, dans l'état naturel.—L'estomac avait un médiocre volume et contenait une petite quantité de bile. Sa membrane muqueuse offrait, dans sa moitié supérieure, près du cardia, une rougeur de 10 centimètres de surface, quelques taches roses plus ou moins étroites, et des amincissements partiels, avec ou sans ramollissement; elle était grisâtre et parfaitement saine dans sa moitié pylorique. — Le duodénum était dans l'état normal. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de bile et de mucosités. Sa membrane muqueuse était blanche, d'une épaisseur et d'une fermeté convenables, dans ses deux premiers tiers; elle offrait ensuite quelques rougeurs, moins de fermeté, par intervalles, que dans l'état sain; était rouge et sans la moindre consistance près du cœcum, dans la longueur 32 centimètres. Les plaques elliptiques de l'iléum étaient plus ou moins profondément altérées, si ce n'est dans son premier quart. Les plus rapprochées du *jéjunum* étaient rouges comme les autres, quelques-unes d'entre elles ulcérées, toutes plus ou moins saillantes, formées par la membrane muqueuse, rouge, épaissie, très ramollie, et par le tissu cellulaire sous-muqueux, non moins rouge et épaissi. Dans les 32 derniers centimètres, ces plaques, au nombre de dix, étaient plus largement ulcérées, de 3 millimètres d'épaisseur ou environ, inégales, jaunâtres, et principale-

ment formées par la matière décrite dans les deux précédentes observations, matière nuancée de jaune et de rose, plus ou moins consistante, assez facile à séparer de la tunique musculaire, qui était seulement un peu plus épaisse et plus colorée dans ce point que partout ailleurs. Un peu ramollie à sa surface libre, la matière des plaques y avait subi un commencement de destruction, source des inégalités indiquées. La membrane muqueuse de l'iléum était détruite dans tout son pourtour, près du cœcum, dans la largeur d'un pouce, et le tissu cellulaire correspondant rouge et épaissi, sans la moindre trace de la matière jaunâtre des plaques. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales jaunes, pultacées. Sa membrane interne était pâle, d'une épaisseur convenable, et fournissait, par traction, des lambeaux de 40 millimètres, c'est-à-dire un peu plus longs que dans les cas où elle semble jouir de toute intégrité, Le cœcum présentait quelques petites ulcérations jaunâtres, à fond très peu épais, bien que formé par une matière analogue à celle des plaques ulcérées de l'intestin grêle, et de la même couleur. — Les glandes mésentériques correspondantes aux ulcérations étaient d'un rouge violet, volumineuses, très ramollies et piquetées de points jaunâtres, comme purulents. — Le foie était un peu pâle, extrêmement mollasse, aride à l'intérieur; la bile de la vésicule était claire, assez abondante, contenait une centaine de petits grains de matière jaune concrète, qui cédait à la moindre pression.—La rate était triplée de volume, d'un rouge violet foncé, extrêmement facile à réduire en putrilage.—Les reins étaient beaucoup moins consistants que d'ordinaire; leur substance tubuleuse était d'un rouge violet, la corticale pâle. — Les ovaires contenaient plusieurs kystes séreux. Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

Bien qu'il n'y eût pas de météorisme le jour où j'observai la malade pour la première fois, il ne pouvait y avoir de doute, à cette époque, sur le caractère de l'affection, en considérant la succession des symptômes, les légères douleurs de ventre qui avaient eu lieu dans les huit premiers jours, la diarrhée qui vint ensuite, l'état de la physionomie et les sudamina. Et, de toutes les lésions, celles de l'intestin grêle étaient effectivement les plus graves, sans doute aussi les plus anciennes, parfaitement semblables à celles qui ont été observées jusqu'ici, plus étendues et plus profondes dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs; en sorte que, dans ce cas comme dans les autres, les premiers symptômes ne peuvent être rattachés qu'au désordre commençant de l'iléum. Il est encore digne de remarque que la muqueuse du gros intestin; à part quelques petites ulcérations, était parfaitement saine; qu'ainsi la diarrhée ne peut guère être rapportée qu'à l'état de la membrane muqueuse de l'intestin grêle.

Encore que les lésions de cet organe puissent expliquer la presque totalité des symptômes, on ne saurait omettre, dans l'énumération des causes qui ont amené la mort, l'état du poumon et de la rate si volumineuse et si profondément ramollie. Et le fait dont il s'agit est d'autant plus remarquable, qu'il n'a été commis aucune erreur de régime; que, sauf quelques saignées, la maladie a, pour ainsi dire, été abandonnée à elle-même, et qu'elle n'en a pas moins été promptement funeste.

Croirons-nous maintenant que la diminution de l'appétit, antérieure aux symptômes fébriles, fût liée à une disposition particulière, appréciable, de la membrane muqueuse de l'estomac; croirons-nous, au contraire, qu'elle en était indépendante? C'est une question qu'il me semble

impossible de décider, non pas seulement d'une manière évidente, mais même probable ; puisque nous avons vu, dans des circonstances un peu différentes il est vrai, l'appétit diminué depuis plus de temps, chez un individu dont la membrane muqueuse de l'estomac était presque parfaitement saine. (Obs. 4e).

L'observation suivante, qui est la dernière de cette série, nous offrira des complications que nous n'avons pas encore rencontrées dans les autres.

VIIe OBSERVATION.

Fièvre, affaiblissement, tendance au sommeil; absence de douleurs de ventre et de diarrhée, dans les premiers jours; puis diarrhée, météorisme, stupeur, délire; mort au *vingt-huitième jour*. — Plaques ulcérées, de deux espèces, dans l'iléum ; glandes mésentériques correspondantes rouges, volumineuses et ramollies; fausse membrane sur le pharynx et sur le larynx ; destruction de la partie supérieure de l'épiglotte, ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, etc.

Un charpentier, d'une constitution forte, ne faisant pas d'excès, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis quatre, fut admis à l'hôpital de la Charité le 16 juillet 1826, alors malade depuis vingt jours. Au début, frissons bientôt suivis de chaleur, céphalalgie obtuse, faiblesse, répugnance au travail, assoupissement, soif assez vive, diminution de l'appétit. Ces symptômes continuèrent, et il s'y joignit, dans la première semaine, quelques épistaxis. Le 2 juillet, augmentation de la céphalalgie, douleurs lombaires, obligation de se mettre au lit, selles rares. On les provoqua par des purgatifs, les 5 et 6, et, dès lors, la diarrhée succéda à la constipation. La somnolence fit des progrès du 12 ou 15, et le délire eut lieu, pour la première fois, ce dernier jour. Bien que la chaleur fût élevée, le malade était sensible au froid et cherchait le feu. Il eut des sueurs. — 30 sangsues lui furent appli-

quées, le 4, à l'épigastre, qui était indolent comme le reste du ventre.

Le 17 : expression d'étonnement, stupeur, céphalalgie obtuse, sorte d'embarras dans la tête, légers picotements aux yeux, comme depuis cinq jours ; oreille un peu dure, réponses lentes, entortillées, souvent incomplètes ; mémoire paresseuse, bien qu'exacte ; mouvements pénibles ; langue sèche, rude, imparfaitement tirée; anorexie, soif vive, ventre légèrement météorisé, indolent ; taches roses, lenticulaires, assez nombreuses à sa surface; quatre selles dans la journée; pouls médiocrement large et plein, à cent quatre, un peu redoublé, chaleur élevée : respiration fréquente, râle sec, sonore, et quelquefois glapissant en arrière. (*Orge éd.* ter ; *lav. ém.* ; *fom. émol.*; *vésicat. aux jambes.*)

Les selles furent nombreuses, la somnolence continuelle dans le jour; il y eut du délire pendant la nuit. Le 18, au matin, la stupeur était la même que la veille; les vésicatoires n'avaient pas été appliqués, et on ordonna vingt sangsues au cou.

Le malade perdit beaucoup de sang, urina plusieurs fois involontairement, et ne cessa de bredouiller durant la nuit. Le 19, à l'heure de la visite, son état n'avait pas sensiblement changé : il avait l'œil gauche rouge, la lèvre inférieure tremblante, le pouls à cent vingt-quatre.

L'assoupissement fut continuel, la prostration augmenta pendant le jour, et le lendemain 20, outre des sinapismes aux membres, on appliqua quatre kilogrammes de glace sur la tête.

La figure fut d'un rouge pourpre, tout le temps de cette application. Le soir, le malade recouvra momentanément connaissance, et répondit à quelques questions ; l'urine fut involontaire, et, comme la veille, il n'y eut pas de selles.

Le 21, paupières presque constamment fermées et difficiles à séparer, tremblement de la mâchoire inférieure, grognements presque continuels, ventre plus météorisé que la veille disparition des taches lenticulaires roses, pouls un peu irrégulier, battements du cœur sourds, toux peu fréquente.

Elle augmenta un peu dans la journée, le bredouillement fut continuel, et la mâchoire inférieure presque toujours en mouvement.

Le lendemain, persistance des mêmes symptômes, augmentation du météorisme, pouls assez régulier, résistant, chaleur modérée, bruit respiratoire mêlé d'un gros râle vibrant, du côté droit. (*Bain.*)

Il y eut des nausées et des efforts de vomissement après le bain, jusque dans la nuit. Le 22, à l'heure de la visite, le malade était agonisant, renversait la tête en arrière à chaque mouvement respiratoire, tremblait de tout son corps; et néanmoins son pouls était assez large et régulier, les battements de son cœur assez forts.

Il mourut le même jour, à sept heures du soir, ayant presque constamment frissonné ou tremblotté jusque là.

OUVERTURE DU CADAVRE, VINGT HEURES APRÈS LA MORT.

Extérieur. Amaigrissement peu considérable, vergetures sur les côtés du tronc, ventre très tendu et météorisé.

Tête. Granulations arachnoïdiennes extrêmement rares près de la faux; traces d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde; deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux, cinq à six dans les fosses occipitales inférieures. Pie-mère peu injectée; substance corticale d'un rose tendre, la médullaire légèrement piquetée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance. Le cervelet dans le même état que le cerveau.

Cou. Ecchymoses dans les muscles sous-hyoïdiens ; glandes cervicales rouges et volumineuses. — Fausse membrane mince comme l'épiderme qui recouvre l'œsophage, sur le pharynx et sur le larynx, immédiatement au-dessous duquel elle s'arrêtait; facile à enlever, d'une consistance assez forte, eu égard à son épaisseur. — Épiglotte détruite à son sommet, dans la hauteur de 5 millimètres; muqueuse rose, un peu épaissie à son pourtour, et décollée, dans la largeur de 2 à 3 millimètres, dans toute l'étendue de la destruction.

Poitrine. Cœur d'un médiocre volume; son ventricule droit vide et un peu mou; le gauche presque aussi ferme que dans l'état normal, contenant un caillot fibrineux facile à déchirer. La valvule mitrale et les sygmoïdes aortiques étaient d'un rouge amarante assez foncé. L'aorte était d'un rouge vif à sa naissance, d'une couleur rosée ensuite. — Le poumon droit adhérait à la plèvre costale dans toute son étendue ; le gauche dans une partie seulement. L'un et l'autre étaient volumineux et s'affaissaient peu, avaient plus de fermeté que dans l'état naturel, une couleur rouge foncé en arrière, rouge clair en avant, soit extérieurement soit intérieurement; étaient d'ailleurs sains, ne contenaient qu'une petite quantité de liquide peu ou point aéré.

Abdomen. L'œsophage était jaunâtre et dépouillé de son épiderme. L'estomac était un peu plus volumineux que dans l'état normal, offrait, le long de la petite courbure, des ganglions lymphatiques d'une couleur violacée, du volume d'une noisette, et, à l'intérieur, une petite quantité de liquide trouble et jaunâtre. Sa membrane muqueuse avait une teinte bistre, présentait quelques amincissements partiels, était dépourvue de mucus dans sa moitié supérieure, en offrait beaucoup dans l'inférieure, où elle était grisâtre et

rougeâtre, mamelonnée et un peu épaissie ; et partout, si ce n'est dans le voisinage du pylore et le long de la petite courbure, où elle était saine dans la largeur de 27 millimètres, elle était ramollie, de manière à ne fournir, par traction, que des lambeaux de 2 à 7 millimètres. Elle offrait aussi, sur la face postérieure de l'estomac, deux petites ulcérations. — Sauf un léger développement de ses cryptes, le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle avait un volume assez considérable, contenait des gaz fétides et une médiocre quantité de mucus. Sa membrane interne était mince et pâle dans toute son étendue, avait, près du duodénum, dans la longueur de 64 centimètres une médiocre consistance, était fort ramollie ensuite ; en sorte qu'elle ne donnait, par traction, que des lambeaux de 2 à 5 millimètres. Les plaques elliptiques, souvent difficiles à trouver dans l'état naturel, s'offraient à la première vue, avaient, dans les trois derniers pieds de l'iléum, une couleur rose tendre ou rouge vif, et étaient plus ou moins épaissies. Les plaques rouges présentaient, outre leur épaisissement général, une ou plusieurs saillies partielles, de 7 à 9 millimètres de diamètre, d'un rouge plus intense ou d'une teinte jaune. La membrane muqueuse était ramollie et épaissie à la surface des premières saillies, détruite vis-à-vis les secondes, dont la coloration était due à la bile. Les unes et les autres étaient formées par une matière homogène, blanchâtre ou légèrement nuancée de rose, semblable à celle qui a été décrite dans les observations précédentes, plus ou moins friable à sa surface, d'autant plus ferme qu'elle était plus rapprochée de la tunique musculaire. Ces saillies, placées au milieu des plaques, n'étaient pas les seules ; on en observait encore d'autres parfaitement semblables, dans leur intervalle. Enfin la muqueuse était inégalement boursouflée contre la valvule iléo-cœcale, dans tout

le pourtour de l'intestin, dans la largeur d'un pouce; et le tissu cellulaire sous-jacent offrait, dans une épaisseur variable, le développement de la matière indiquée. — Le gros intestin avait un volume extrêmement considérable et contenait, dans son premier tiers, une petite quantité de matières fécales; après quoi on en trouvait à peine des traces. Sa membrane muqueuse était d'un rouge vif dans le cœcum, grisâtre dans le reste de son étendue, un peu plus épaisse que dans l'état naturel, d'une bonne consistance dans son tiers moyen, un peu ramollie à ses deux extrémités où elle ne donnait, par traction, que des lambeaux de 12 à 15 millimètres de longueur: et elle offrait, dans ses trois premiers quarts, un assez grand nombre de points noirâtres, placés au centre d'autant de cryptes lenticulaires, cryptes qui avaient une couleur grisâtre et roussâtre, et restaient unies au tissu cellulaire sous-muqueux, quand on enlevait la muqueuse. — Les glandes mésentériques avaient un volume considérable, surtout dans le voisinage du cœcum, où elles étaient plus ou moins rouges, très ramollies et de la grosseur d'une noisette ou d'une aveline. Les glandes mésocolites étaient proportionnément beaucoup moins grosses. — Le foie était volumineux, très mollasse, bien qu'aussi difficile à déchirer que dans l'état sain. La bile vésiculaire était rousse, trouble, et très liquide. — La rate avait une couleur lie de vin et était très ramollie. — Le pancréas était plus ferme et plus volumineux que de coutume. — La substance corticale des reins était striée d'un rouge foncé; les uretères étaient doublés de largeur; la vessie distendue par une abondante quantité d'urine, d'ailleurs saine.

Comme le sujet de la cinquième observation, celui dont il s'agit n'eut, dans la première période de sa maladie, ni douleurs de ventre, ni diarrhée; il éprouva, dès le début, un af-

faissement considérable, une tendance au sommeil qui fit des progrès rapides. Bientôt tous les symptômes les plus graves de l'affection typhoïde eurent lieu ; et, après la mort, l'intestin grêle n'offrit pas de lésions moins étendues et moins caractéristiques que dans le cas précédent ; de manière que les réflexions faites à la suite de cette observation s'appliquent naturellement à celle-ci. D'ailleurs, il y avait entre ces deux faits des différences remarquables par rapport aux lésions secondaires.

A commencer par le gros intestin, sa membrane muqueuse était légèrement ramollie à ses deux extrémités, et, malgré son extrême distension, un peu épaissie. Cet épaississement, auquel l'inflammation semblait étrangère, existait dans une circonstance analogue, chez un des sujets dont l'histoire précède (obs. 2e), avait probablement ici la même cause ; et il est fort à regretter que l'épaisseur de la tunique musculaire n'ait pas été indiquée, cette épaisseur, si elle eût été augmentée, ayant dû lever tous les doutes.

La fausse membrane du pharynx s'étendait au larynx, qu'elle ne dépassait pas ; elle était un peu plus dense sur le premier de ces organes que le second, avait, par conséquent, suivi, dans son développement, la succession observée dans les cas les plus simples, quand elle est primitive, et a lieu chez des sujets sains ; ce qu'il faut remarquer comme une preuve de la constance de la nature dans la marche de l'angine couenneuse. L'absence de tout symptôme caractéristique indique suffisamment d'ailleurs que la fauss membrane dont il s'agit était le produit des derniers temps de l'existence, et les frissons de l'avant-dernier jour avaient très probablement signalé son début.

La destruction de l'épiglotte, qui, comme on le verra plus tard, est une des lésions secondaires les plus remarquables de

l'affection typhoïde, ne donna lieu à aucun symptôme appréciable, et peut-être par les raisons qui viennent d'être indiquées pour la fausse membrane du pharynx.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, sans doute un peu moins récente que cette dernière production, fut latente comme elle : et ces lésions, réunies aux précédentes et à quelques autres encore, au ramollissement de la rate en particulier, forment un ensemble d'altérations plus que suffisant pour expliquer, avec l'état de l'intestin grêle, la mort du sujet.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur les observations qui précèdent, nous voyons qu'à un même ordre de symptômes (ceux des fièvres continues graves, typhoïdes ou ataxiques) répondait constamment une lésion semblable; que si, dans la très grande majorité des cas, les premiers accidents se manifestèrent du côté du ventre, la lésion la plus grave, la plus profonde, sans doute aussi la plus ancienne, et dans quelques cas presque la seule, était *toujours* dans l'intestin grêle, dont les *plaques elliptiques* étaient plus ou moins profondément altérées, dans la partie de l'iléum voisine du cœcum; que dans les cas où cette altération s'étendait à toutes ou à presque toutes les plaques de l'intestin, elle était encore plus profonde et plus marquée dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale que partout ailleurs : en sorte qu'on est conduit à admettre qu'elle commençait dans ce point, pour s'étendre ensuite du côté du duodénum, dans une longueur plus ou moins considérable, à peu près comme on voit les tubercules pulmonaires se développer successivement du sommet à la base des poumons.

La liaison existante entre les symptômes et les lésions dont il s'agit ne me semble guère moins évidente que celle qu'on

observe dans d'autres affections aiguës, la pneumonie par exemple; et s'il en était toujours de même, la question relative au siége de la maladie qui nous occupe serait résolue. Mais le rapport entre ces deux ordres de faits n'est pas toujours aussi évident, et c'est une des principales causes du dissentiment qui existe encore entre les médecins sur la manière d'envisager les fièvres.

Une autre cause de ce dissentiment non moins réelle, est la suivante. Comme les victimes de l'affection typhoïde succombent ordinairement à une époque plus ou moins éloignée de son début, on a pensé que l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle pouvait n'en être qu'une des *suites* plus ou moins tardives, ainsi qu'il faut l'admettre pour d'autres lésions, que j'ai nommées secondaires par ce motif; et, bien que cette opinion ne s'accorde pas avec la plupart des faits qui précèdent, elle a pu se présenter naturellement à ceux dont l'attention s'est spécialement arrêtée sur des cas semblables à quelques-uns de ceux que j'ai rapportés, cas dans lesquels on n'observe ni douleurs de ventre, ni diarrhée au début de l'affection, pendant un espace de temps plus ou moins considérable (obs. 2). Il faut donc la soumettre à un nouvel ordre des faits ; et c'est ce qui me détermine à exposer les suivants, qui ont rapport à des individus dont la maladie a été funeste en peu de jours : car si, dans cette nouvelle série de faits, la lésion des plaques elliptiques de l'intestin grêle est la seule constante, si elle est encore la même que dans ceux qui précèdent, quels que soient les symptômes du début, il faudra reconnaître qu'elle est intimement liée à la nature de l'affection, et qu'elle débute avec elle, au moins dans un assez grand nombre de cas ; ce dont le lecteur pourra bientôt se convaincre.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES SUJETS MORTS DU HUITIÈME AU DOUZIÈME JOUR DE L'AFFECTION.

VIIIe OBSERVATION.

Douleurs de ventre dès le début, selles rares ou constipation; céphalalgie continue, extrêmement intense; éblouissement, affaiblissement promptement extrême, facultés affectives très développées; mort au *douzième jour*. — Plaques dures, ulcérées dans l'iléum; glandes mésentériques correspondantes d'un rose tendre, très volumineuses et très ramollies; rate doublée et ramollie; engouement de l'un des poumons; inégalité de consistance des couches optiques.

Une femme âgée de vingt-neuf ans, cheveux blonds, taille assez élevée, constitution médiocrement forte, presque toujours à Paris depuis six mois, tomba malade le 21 octobre 1823, ayant alors, depuis quelque temps, des inquiétudes assez vives sur son avenir et celui de ses enfants. Ses règles, qui n'avaient jamais paru à des périodes fixes, avaient été supprimées peu après son arrivée à Paris, et s'étaient montrées peu abondantes deux mois avant l'époque dont il s'agit.

Au début, frissons, céphalalgie, douleurs, raideur dans les membres, inquiétudes, idées bizarres, soif, anorexie, nausées, coliques; et, un peu plus tard, toux par intervalles. La soif fit des progrès, la chaleur fut vive, quelquefois mêlée de frissons; la céphalalgie augmenta journellement, le sommeil fut troublé par des rêves incommodes; les coliques cessèrent au quatrième jour de l'affection, les selles furent rares ou régulières; il n'y eut ni diarrhée, ni délire, mais seulement une sorte d'embarras dans l'exercice des facultés intellectuelles. La nuit du 27 au 28, celle qui suivit l'admis-

sion de la malade à l'hôpital, fut très agitée. — Deux saignées faites le 29 n'avaient été suivies que d'un soulagement momentané ; des sangsues appliquées à l'anus, antérieurement à cette époque, l'avaient été sans le moindre succès; et, dans les trois premiers jours, la malade avait opposé à ses coliques, sans avantage comme sans inconvénient appréciable, du vin sucré.

Le 18 au matin : figure assez naturelle, réponses claires, mémoire sûre, douleurs dans les membres et dans les reins, céphalalgie très intense, si considérable, pendant la nuit, que la malade en était réduite au désespoir; occlusion des paupières, bourdonnements d'oreilles depuis vingt-quatre heures, faiblesse considérable, mouvements pénibles, indifférence, attitude abandonnée; on découvre la malade sans qu'elle paraisse y faire attention; langue naturelle au pourtour, jaunâtre au centre; bouche pâteuse et amère, soif vive, sécheresse au gosier; ventre mou, légèrement météorisé, un peu sensible à la pression dans toute son étendue ; constipation depuis six jours; urine brûlante depuis deux ; respiration très légèrement accélérée, aucune espèce de râle ; pouls vif, sans largeur ni dureté, à cent seize; chaleur modérée. La malade assure n'avoir pas chaud. (*Solut. d'oxym. simple*, ter; *pot. gom.*)

Elle eut deux selles et rendit quelques gorgées de bile dans la journée. Pendant la nuit on l'entendit souvent se plaindre et parler du danger de sa position. Le lendemain 19, elle se mettait fréquemment à son séant, inclinée en avant, sur les genoux, dans l'attitude d'une personne ennuyée ou de mauvaise humeur, n'osant se lever pour satisfaire à ses besoins, dans la crainte des zigzags qu'elle faisait en marchant. Les autres symptômes étaient d'ailleurs les mêmes que les jours précédents.

La malade ne dit rien de tout le jour, et tomba, pendant la nuit, en voulant aller au bassin. Le 30, immobilité des traits, regard fixe, décubitus dorsal, déviation légère de la bouche à droite ; la malade disait avoir passé une nuit très pénible, rêvant continuellement à sa petite fille : son pouls était assez fort, régulier, à cent dix ; sa langue nullement inclinée à droite ou à gauche. Elle demandait à être saignée. (*Saignée de* 300 grammes.)

Le sang se couvrit d'une couenne gélatiniforme, grisâtre, molle, demi-transparente ; le silence fut obstiné, la déglutition difficile, depuis le soir jusqu'au lendemain. Le 31, à l'heure de la visite, taciturnité, figure pâle, couverte de sueur, comme moribonde ; les bras, abandonnés à eux-mêmes, tombent comme paralysés, le pincement des chairs ne paraît pas senti, le pouls est très petit et très faible. (*Douze sangsues aux oreilles ;* 3 kilogrammes *de glace sur la tête ; sinap. aux memb. infér.*)

Presque aussitôt la chute des sangsues, la pâleur du visage se dissipe, les joues deviennent successivement plus colorées, la sensibilité reparaît, la malade prononce quelques paroles inintelligiles. Un peu plus tard elle s'exprime avec plus de netteté, a le regard assez naturel, se rappelle avoir été pincée ; assure que si alors elle n'a pas retiré ses membres, c'est qu'elle n'en avait pas la force. Ses bras sont un peu raides, elle indique toujours la tête comme le siége de son mal, désire la mort, ne parle que de mourir, bien qu'elle regrette de quitter son mari. La pupille droite est plus large que la gauche, le pouls plus développé de ce côté qu'à droite, la langue sèche et pâle, l'urine involontaire.

Le 1er décembre, figure décolorée et couverte de sueur, raideur modérée des deux bras, pouls à cent quatre-vingts, pupilles insensibles à la lumière ; mort à midi.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Embonpoint convenable ; dos violacé ; muscles sains.

Tête. Arachnoïde dans l'état naturel ; nulle infiltration au-dessous. Une petite cuillerée de sérosité limpide dans chacun des ventricules latéraux : deux cuillerées du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. Pie-mère très injectée sur les parties latérales du cerveau. Substance médullaire d'une bonne consistance, très piquetée de sang. La couche optique droite un peu moins ferme que celle du côté gauche.

Rachis. Deux cuillerées de sérosité à la partie inférieure du rachis. Moelle épinière parfaitement saine.

Cou. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Cœur et aorte sains.—Poumons libres, n'offrant rien de remarquable à leur partie antérieure, d'un rouge violet en arrière ; le gauche engoué dans le dernier sens ; le droit ferme, ni engoué, ni hépatisé, comme carnifié dans le même point.

Abdomen. Œsophage sain. — Estomac d'un petit volume, contenant une médiocre quantité d'un liquide visqueux. Sa membrane interne était piquetée de rouge dans un grand nombre de points, veloutée dans le grand cul-de-sac, un peu mamelonnée, d'un rose tendre ailleurs, excepté dans les trois pouces les plus voisins du pylore ; d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans toute son étendue. — Le duodénum était rougeâtre, sans autre altération. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucosités. Sa membrane interne était pâle dans la plus grande partie de sa

longueur, généralement d'une bonne consistance, d'une épaisseur convenable, et elle offrait, dans son dernier tiers, un assez grand nombre de cryptes autour desquelles on la trouvait ramollie, très cassante, sans épaississement. Dans les dix-huit derniers pouces de l'iléum, à l'opposite du mésentère, on voyait quatorze tumeurs aplaties, allongées, de 9 à 22 millimètres dans leur grand diamètre, jaunes, ulcérées à leur centre dans une largeur de 4 à 9 millimètres d'autant plus qu'elles étaient plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale, et offrant, dans le reste de leur surface, la muqueuse rouge, épaissie et ramollie. Ces tumeurs, épaisses de 6 millimètres environ, étaient principalement formées par une matière nuancée de rose et de jaune, semblable à celle qui a été décrite dans plusieurs des précédentes observations, traversée, dans quelques points, par des lignes d'un rouge foncé, ferme, excepté sur les plaques les plus largement ulcérées, où elle était un peu ramollie et se séparait avec facilité des parties environnantes, en laissant à découvert une lame très mince de tissu cellulaire. Celui-ci était épais de 2 millimètres, et infiltré autour des plaques.—Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales pultacées, d'un jaune verdâtre, et sa membrane muqueuse était parfaitement saine dans toute son étendue.—Les glandes mésentériques correspondantes aux ulcérations avaient le volume d'une aveline et au-delà, une couleur rose très tendre, étaient extrêmement ramollies.—Le foie était sain, la bile de la vésicule roussâtre et très fluide.— La rate était doublée de volume et ramollie. —Les reins étaient un peu rouges; la vessie saine.—L'ovaire droit avait le volume et la forme d'un œuf de poule, était transformé en un kyste fibro-séreux qui contenait un liquide épais, louche, blanchâtre et jaunâtre, dans lequel flottaient six fragments d'une matière grenue, molle, analogue à du miel blanc.

Bien que la durée de la maladie n'ait été que de douze jours, les lésions de l'intestin grêle, à part un peu moins de profondeur, étaient exactement les mêmes que dans les cas précédents; et, comme dans ceux-ci, plus profondes et plus étendues près du cœcum qu'ailleurs. L'augmentation du volume et le ramollissement des glandes mésentériques suivaient la même loi. A l'altération des plaques se joignait un développement remarquable de cryptes solitaires, dans une étendue considérable ; la membrane muqueuse était ramollie à leur pourtour, et, hors cela, parfaitement saine : ce qui montre que le ramollissement rouge ou blanc de cette membrane, quand on l'observe dans une partie plus ou moins considérable de sa longueur, est accessoire, consécutif, non essentiel à l'affection typhoïde ; sans quoi il existerait à divers degrés, à toutes les époques. On peut en dire autant de la membrane muqueuse de l'estomac qu'on trouva, à très peu de chose près, dans l'état naturel, et surtout de celle du gros intestin qui était tout à fait saine. En sorte que cette observation prouve deux choses : que l'affection qui nous occupe peut devenir très promptement funeste sans que la lésion des plaques elliptiques de l'iléum en soit moins prononcée, et que les autres lésions de la muqueuse gastro-intestinale, quelles qu'elles soient, sont accessoires, peuvent ou non exister, les principaux caractères de la maladie restant les mêmes.

Quoique j'aie omis de constater l'existence ou l'absence de quelques symptômes de beaucoup de valeur dans le diagnostic des fièvres typhoïdes (les taches roses lenticulaires, les sudamina, les épistaxis); que d'autres qui s'y rencontrent presque constamment et tiennent de plus près à la même affection, aient manqué (la diarrhée); qu'au contraire un de ceux qui s'effacent le plus promptement ait montré le plus d'opiniâtreté et de violence, ait paru dominer

tous les autres (la céphalalgie); néanmoins l'ensemble des autres symptômes ne convenant qu'à l'affection qui nous occupe, son diagnostic ne pouvait pas être incertain. Si la diarrhée manquait, il y avait eu, dès les premiers jours de la maladie, des douleurs de ventre; vers la même époque les facultés de l'intelligence avaient souffert de légères altérations; la faiblesse, un des symptômes les plus graves et les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, avait fait des progrès rapides; il y avait eu des bourdonnements d'oreilles, un peu de météorisme, de la stupeur; il n'était donc pas possible de méconnaître la maladie du sujet. Et néanmoins, comme je l'indiquais tout à l'heure, combien son état, sous le rapport des sensations, différait de celui qu'on observe ordinairement! La céphalalgie était si intense qu'elle réduisait la malade au désespoir et lui faisait désirer la mort; et cette céphalalgie occupe peu, et seulement pour un temps peu considérable de l'affection, la plupart des sujets qui en sont atteints. Les facultés affectives n'étaient pas moins développées que la sensibilité, puisque la malade s'occupait encore de ses enfants au milieu de ses rêves, et qu'elle n'envisageait la mort avec peine que parce qu'elle la séparait de son mari!

Quant à la faiblesse, elle fut portée à un point extrême, prit, momentanément, le caractère de la paralysie; de manière que la malade sentait les pincements et ne pouvait s'y soustraire. Fait remarquable, qui indique aussi, ce me semble, que la douleur était peu considérable, sans quoi la malade eût au moins fait une grimace, poussé un cri, exprimé une plainte; le seul de cette espèce que j'aie observé, les autres malades, dont la faiblesse était parvenue au degré dont il s'agit, n'ayant pas recouvré l'usage de leurs facultés

intellectuelles, et pu dire s'ils avaient ou non senti les pincements qu'on avait essayés.

Après cela, où trouver la cause de cette vive douleur de tête, de cette profonde débilité? Ce n'est assurément ni dans les lésions apparentes du cerveau, ni dans celles de ses enveloppes : l'injection de la pie-mère n'était pas plus considérable que dans d'autres cas où l'on n'observe rien de semblable à ce qui nous occupe ; l'expérience n'a pas montré davantage qu'on pût regarder le faible ramollissement de l'une des couches optiques comme la source ni d'une vive céphalalgie, ni d'une extrême faiblesse : et comme les plus profondes lésions étaient celles de l'intestin grêle, c'est, ou dans ces lésions, ou dans les causes qui ont amené la maladie, qu'il faut principalement rechercher l'explication du double fait dont il s'agit ; peut-être dans les unes et dans les autres, ce qui sera examiné dans la suite.

L'état des organes ne rendait pas un compte très satisfaisant de la mort de la malade : les plaques elliptiques altérées de l'intestin grêle n'étaient ni nombreuses ni larges ; le reste de la muqueuse gastro-intestinale était, à peu de chose près, dans l'état naturel ; et l'altération de la rate et des poumons peu considérable.

IXe OBSERVATION.

Fièvre, diarrhée, anorexie au début ; puis délire violent, taciturnité profonde ; mort à la fin du *neuvième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges, ramollies, ulcérées ou non ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes rouges, volumineuses et très ramollies ; ramollissement partiel et léger des membranes muqueuses de l'estomac et du cœcum ; ramollissement considérable de la rate, du foie et des reins.

Un Suisse âgé de vingt ans, d'une taille moyenne, d'une constitution forte, ayant la poitrine large, les membres bien

développés, tomba malade le 9 février 1826. Au début, frisson violent suivi de chaleur, diarrhée, anorexie. Ces derniers symptômes continuèrent, le malade se mit au lit le quatrième jour de leur apparition, fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 14 février, et eut beaucoup d'agitation la nuit suivante, de manière qu'on fut obligé d'en venir au gilet de force.

Le lendemain 15: calme parfait, décubitus dorsal, figure médiocrement colorée, somnolence, stupeur légère et quelquefois physionomie assez naturelle ; réponses et, par intervalles, réflexions spontanées, justes ; céphalalgie, vue un peu trouble, vacillations sur les jambes, assoupissement fréquent; et comme je demandais au malade s'il rêvait an milieu de l'assoupissement : oui, dit-il, et je pense à mon sort ! Langue sèche, encroûtée, un peu rouge au centre ; soif vive, déglutition facile, ventre bien conformé, sensible à la pression dans la fosse iliaque droite ; selles liquides et fréquentes : pouls régulier, à cent, médiocrement développé ; chaleur assez forte ; taches lenticulaires sur l'abdomen ; respiration peu accélérée, bruit respiratoire mêlé d'un peu de râle muqueux en arrière, plus faible à gauche qu'à droite. Immédiatement après l'interrogation le malade ne paraissait plus jouir de sa raison (*Saignée de* 450 grammes ; *limon.*)

Dans la journée, agitation, délire violent, obligation de remettre le gilet de force, qui fut maintenu jusqu'au lendemain matin. Alors la figure était d'un rouge assez vif, empreinte d'une profonde préoccupation, ou comme égarée ; le silence obstiné ; le malade ne consentait qu'avec peine à montrer sa langue, qui était dans le même état que la veille : la pression abdominale n'excitait pas la moindre grimace. (*Vingt sangsues aux oreilles ;* 4 kilogrammes *de glace sur la tête.*)

Le délire persista au même degré ; on eut beaucoup de peine à maintenir la glace sur la tête du sujet et à le contenir quand on voulut refaire son lit. Il refusa toute espèce de boissons, urina sous lui et eut des sueurs copieuses pendant la nuit. Le 17, physionomie profondément altérée, teint plombé, sueurs copieuses; pouls à cent quarante, bruit respiratoire fort et sans le moindre râle, antérieurement et latéralement.

Les mêmes moyens (sangsues à part) furent continués, l'état du malade alla toujours en empirant, et il mourut, le lendemain, à trois heures du matin, à la fin du neuvième jour de l'affection.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Conformation parfaite, raideur cadavérique considérable, nulles vergetures aux parties antérieures et latérales du corps.

Tête. Quelques granulations miliaires, blanches et opaques, nées de l'arachnoïde, près du sillon longitudinal, en arrière, dans les points où cette membrane était louche et épaissie; traces d'infiltration au-dessous : quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux. Veines cérébrales presque vides de sang; pie-mère peu injectée. Substance corticale uniformément rose dans toute son épaisseur ; la médullaire médiocrement piquetée de sang ; l'une et l'autre, et toutes les parties de l'encéphale, généralement, d'une bonne consistance.

Cou. Muqueuse trachéale rouge ; le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel.

Poitrine. Point de sérosité dans le péricarde. Cœur un peu mou, violacé, pâle ; les parois de son ventricule

droit épaisses de 2 millimètres seulement. Aorte d'un rouge assez vif dans toute son étendue, d'ailleurs saine. — Un verre de sérosité sanguinolente dans chacune des plèvres. Poumons libres. Le gauche était un peu plus lourd que le droit. Son lobe inférieur offrait à sa surface, comme à l'intérieur, un grand nombre de taches noirâtres, plus ou moins larges, d'où l'on obtenait, par expression, une petite quantité de liquide de même couleur, non spumeux ; et, en outre, une très large bande non moins noirâtre, en arrière, épaisse de 26 millimètres. Son tissu était un peu plus dense et moins résistant que dans l'état ordinaire. Les lésions du poumon droit étaient semblables, mais moins prononcées. — Les bronches contenaient une médiocre quantité de mucus, étaient d'ailleurs parfaitement sains.

Abdomen. L'œsophage était dépouillé de son épiderme, et, à cela près, dans l'état naturel. — L'estomac avait un médiocre volume. Sa membrane muqueuse était inégalement rouge dans le grand cul-de-sac, où elle était ramollie dans quelques points, d'un rose tendre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables ailleurs; et le tissu sous-muqueux de l'extrémité supérieure de l'organe était partiellement infiltré de sérosité sanguinolente. — L'intestin grêle avait un volume un peu plus considérable que dans l'état naturel, contenait deux ascarides lombricoïdes, une assez grande quantité de mucus dans sa première moitié, un fluide rouge peu épais dans la seconde, où sa membrane muqueuse offrait la même couleur, tandis que dans la partie voisine du duodénum elle était blanchâtre et jaunâtre (1). D'une bonne consistance, fournissant, par traction, des lambeaux de 7 à 22 millimètres dans

(1) La portion de membrane musculaire correspondante était aussi un peu rouge sans autre lésion.

la plus grande portion de son étendue, elle était fort ramollie à la fin de l'iléum, dans la longueur de 16 décimètres, où elle n'avait, dans plusieurs points, que la consistance du mucus. Dans cette dernière partie se trouvaient douze plaques elliptiques, de 25 à 50 millimètres, rarement plus, dans leur grand diamètre, rouges, saillantes de plus d'un millimètre au-dessus des parties environnantes, ulcérées ou non ulcérées. Les ulcérations, qui n'avaient que 4 à 7 millimètres de large, se trouvaient sur les plaques les plus rapprochées du cœcum, et reposaient sur le tissu sous-muqueux. A leur pourtour la membrane muqueuse était, comme dans toute l'étendue des plaques non ulcérées, épaissie, ramollie, ne pouvait être enlevée par traction, et le tissu cellulaire sous-jacent avait la même couleur et la même épaisseur. Les 16 derniers décimètres de l'iléum, par le développement des petites plaques qui s'y trouvent dans l'état naturel, n'offrait, en quelque sorte, qu'une plaque unique, ayant subi la même altération que celles qui viennent d'être décrites. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales pultacées, ou d'une consistance plus forte; sa muqueuse était pâle ou grisâtre, un peu ramollie dans le cœcum, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans le reste de son étendue. — Toutes les glandes mésentériques étaient plus ou moins rouges et volumineuses; mais cet excès de volume, peu considérable dans la moitié voisine du duodénum, était très marqué en approchant du cœcum, en sorte que, dans cette partie, les glandes avaient généralement le volume d'une aveline, étaient fort ramollies, et se réduisaient facilement en pulpe, sans offrir cependant la moindre trace de pus. — Le foie était un peu pâle, mollasse, moins résistant qu'à l'ordinaire; la bile de la vésicule était noirâtre, médiocrement abondante et assez épaisse. — La rate était un peu augmentée de

volume, ramollie et d'une couleur foncée. — Les reins étaient moins fermes que dans l'état normal. Les autres viscères sains.

Encore que le sujet ait succombé à la fin du neuvième jour de sa maladie, beaucoup plus promptement que celui de la dernière observation, l'altération des plaques elliptiques de l'iléum était parfaitement semblable à celle qui a été décrite dans les cas précédents, plus prononcée dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs. Et comme on ne saurait supposer que la rougeur, le ramollissement, l'épaississement, puis l'ulcération des plaques, soient l'affaire d'un jour, on pourrait, par cette seule considération, indépendamment de la nature des accidents, affirmer que le début de la lésion était très rapproché de celui de la maladie; et l'on ne voit pas comment il serait possible de douter qu'il fût le même, cette lésion étant de toutes la plus profonde, et les premiers symptômes indiquant une affection de l'abdomen.

L'altération des glandes mésentériques correspondantes à l'iléum vient encore à l'appui de cette manière de voir; cette altération, qui était profonde, ne pouvant être que consécutive à celle des plaques. Quant aux glandes qui répondaient au jéjunum, leur rougeur et leur développement ne peuvent être attribués à l'altération de ses plaques ou de la membrane muqueuse intermédiaire, puisqu'elles étaient saines. Admettre que cette double lésion était due au passage de quelque vaisseau lymphatique venant des plaques altérées, serait une hypothèse: en sorte qu'il semble résulter de ce fait, comme on pouvait déjà le présumer de quelques-uns de ceux qui précèdent (obs. 3, 7), que les glandes lymphatiques sont quelquefois altérées dans le cours

de l'affection typhoïde, indépendamment des organes avec lesquels elles correspondent, et sans doute par les mêmes lois qui président aux altérations plus ou moins fréquentes des autres viscères.

Malgré la marche rapide de la maladie, la rate était ramollie, la membrane muqueuse de l'estomac offrait des traces d'inflammation. Et comme ces lésions ne sont pas constantes, qu'on ne peut les considérer, par cette raison, que comme une des suites de l'affection, il faut en conclure qu'elles peuvent avoir lieu d'une manière très rapide. On ne saurait douter d'ailleurs que dans ce cas elles n'aient concouru à amener et à accélérer le terme fatal.

La sérosité rouge des plèvres, les taches de même couleur ou d'une nuance plus foncée des poumons, la matière rouge plus ou moins liquide de l'iléum, qui s'observent à divers degrés dans la plupart des cas où la mort arrive rapidement, d'une manière presque subite, étaient sans doute des phénomènes d'agonie, qui, sous ce rapport, ne méritent pas une attention spéciale. Mais il convient de remarquer que la portion de la membrane musculaire de l'iléum qui répondait au fluide rouge, était elle-même un peu rouge, sans offrir d'autre altération ; que probablement cette rougeur était un phénomène d'imbibition, comme on peut encore le présumer pour celle de l'aorte : ce que j'examinerai plus tard.

Xe OBSERVATION.

Douleur de ventre, et bientôt diarrhée avec délire non interrompu, mort au *huitième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges, épaissies, ramollies, non ulcérées; glandes mésentériques correspondantes roses, très ramollies et volumineuses ; amincissement, ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac ; ramollissement considérable du cœur, de la rate et du foie.

Une fille âgée de vingt-un ans, d'une petite taille, d'un em-

bonpoint médiocre, parfaitement bien conformée, était malade depuis sept jours et demi, quand elle fut admise à l'hôpital de la Charité, le 29 mai 1826. A Paris depuis neuf mois, elle s'y était bien portée jusqu'au début de l'affection actuelle, qui avait commencé par des maux de tête, un frisson avec tremblement suivi de chaleur et de sueur, des douleurs de gorge et de ventre, un peu de délire pendant la nuit. Ces symptômes, à part le frisson, avaient continué ; le délire était devenu permanent dès le troisième jour, et, à la même époque, s'était manifesté un dévoiement assez considérable, non interrompu dans la suite. La malade s'était mise au lit après les premières quarante-huit heures, avait pris, pour toute nourriture, un peu de bouillon coupé, les deux premiers jours, avait été mise ensuite à l'usage des boissons adoucissantes ; et, à part deux vésicatoires aux jambes, elle n'avait eu recours à aucun agent thérapeutique.

Elle mourut le lendemain de son arrivée à l'hôpital, à deux heures du matin ; et c'est du médecin qui l'avait soignée jusque-là que j'ai recueilli les renseignements qui précèdent.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Embonpoint modéré : rien autre chose de remarquable.

Tête. Granulations blanches, opaques, assez nombreuses, nées de l'arachnoïde, près de la faux cérébrale ; légère infiltration sous-arachnoïdienne ; pas une goutte de sérosité dans les ventricules latéraux ; veines cérébrales supérieures un peu distendues par le sang, vis-à-vis l'occiput ; substance corticale pâle ; la médullaire médiocrement injectée ; l'une et l'autre d'une bonne consistance. — Côté gauche du cervelet un peu moins ferme que le droit.

Cou. L'épiglotte n'offrait rien de remarquable. Le larynx et la partie supérieure de la trachée-artère étaient verdâtres, d'ailleurs sains.

Poitrine. Le cœur était violacé, extrêmement mou. La paroi de son ventricule droit avait 3 millimètres d'épaisseur; celle du gauche 7 seulement. L'aorte était rouge dans un grand nombre de points, sans aucune autre lésion appréciable. — Un peu de sérosité sanglante existait dans la plèvre droite, 28 à 30 grammes dans celle du côté gauche. Les poumons étaient libres, crépitants, comme les parties emphysémateuses (1) ; le droit avait un volume assez considérable ; son lobe inférieur était d'un rouge foncé, contenait peu d'air et de liquide, était flasque, non hépatisé : son lobe supérieur était à la fois plus léger et plus mou, d'une couleur moins foncée. Le poumon gauche était dans un état analogue, mais moins avancé.

Abdomen. Le tube intestinal était légèrement météorisé ; il y avait quelques cuillerées de liquide rougeâtre dans les flancs. — L'œsophage était parfaitement sain. — L'estomac avait un médiocre volume, était enduit, à l'intérieur, de mucosités épaisses, peu abondantes. Sa membrane muqueuse était généralement grisâtre, d'un rouge pâle dans une étendue très peu considérable du grand cul-de-sac; offrait, dans cette partie, des bandes blanchâtres, parallèles à la grande courbure, de 8 à 10 centimètres de longueur, sur 6 à 8 millimètres de large, dans l'étendue desquelles elle était très mince et de la consistance du mucus. Ailleurs elle avait une fermeté un peu inférieure à celle qui lui est naturelle, était cassante ; et,

(1) La crépitation est mise au nombre des caractères que présentent les poumons dans l'état normal : mais c'est une erreur que j'ai entendu signaler pour la première fois par M. le docteur Piédagnel. Dans l'état sain les poumons sont mous et s'affaissent sous les doigts sans crépiter.

près de la petite courbure, à trois pouces du cardia, sur la face postérieure de l'estomac, elle offrait, dans un cercle de 15 à 18 millimètres de diamètre, des plis rayonnants, à la réunion desquels elle adhérait, d'une manière intime, au tissu sous-muqueux qui était manifestement épaissi dans ce point. —Le duodénum était parfaitement sain, ses cryptes dans l'état naturel. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus jaune. Sa membrane interne était mince, pâle, donnait, par traction, des lambeaux de 5 à 18 millimètres, dans ses quatre premiers cinquièmes. Elle était rouge, par places, et plus ramollie dans le dernier cinquième, où l'on trouvait douze plaques elliptiques, d'un rouge foncé, plus ou moins saillantes, de 25 à 80 millimètres dans leur grand diamètre, d'autant plus longues et épaisses qu'elles étaient plus voisines du cœcum. Les deux premières avaient bien moins d'épaisseur que les suivantes, étaient ramollies, sans ulcérations, offraient un grand nombre de petites dépressions arrondies, orifices évidents des cryptes dont la réunion forme les plaques. Les autres avaient de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, ne présentaient pas les orifices dont il vient d'être question, étaient principalement formées par la tunique sous-muqueuse profondément altérée, ferme, épaissie, homogène, semblable, en apparence, au tissu des glandes lymphatiques rouges et non ramollies. Ces plaques étaient moins épaisses au centre qu'à la circonférence, à raison de l'amincissement de la muqueuse dans le premier point ; mais nulle part la destruction de cette membrane n'était complète. Les trois dernières, dont la plus rapprochée du cœcum avait 95 millimètres de long, étaient les plus épaisses, et offraient plusieurs saillies ou espèces de crêtes transversales, principalement formées par le tissu cellulaire. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières féca-

les pultacées. Sa membrane muqueuse était grisâtre dans quelques points, généralement pâle, donnait, par traction, des lambeaux de 18 à 22 millimètres, et, de loin en loin, de 9 à 26. Le cœcum et le colon droit offraient deux petites saillies d'une structure analogue à celles des plaques elliptiques de l'intestin grêle. — Les glandes mésentériques étaient roses, très ramollies et volumineuses dans le voisinage du cœcum ; aucune n'était d'un rouge foncé. — Le foie était pâle, extrêmement mou, principalement son grand lobe, dont le tissu offrait aussi un peu moins de cohésion que dans l'état normal. Ses vaisseaux contenaient quelques bulles d'air. La bile de la vésicule était peu abondante, d'une épaisseur médiocre, d'une couleur très foncée. — La rate était plus que triplée de volume, brunâtre et bleuâtre, très ramollie, surtout dans sa moitié supérieure qui était aussi la plus colorée. — Le col de l'utérus était fort étroit, son corps plus volumineux que d'ordinaire chez les jeunes filles, et un peu gorgé de sang. L'ovaire gauche offrait, à l'intérieur, un petit kyste séreux, et, à l'extérieur, un corps fibreux de la grosseur d'un pois. — Les autres viscères n'avaient rien de remarquable.

L'affection a encore été un peu plus rapidement mortelle ici que dans le dernier cas ; la terminaison funeste a eu lieu à la fin du huitième ou au commencement du neuvième jour, et la succession des symptômes a été la même que dans les faits exposés jusqu'ici. Les premiers annonçaient une lésion du canal intestinal ; et, à l'ouverture du corps, on a trouvé les plaques elliptiques de l'iléum plus ou moins profondément altérées, d'autant plus longues et plus épaisses qu'elles étaient plus rapprochées du cœcum, et les glandes mésentériques correspondantes aussi volumineuses que ramollies :

en sorte que les réflexions faites au sujet des précédentes observations, de la neuvième surtout, s'appliquent naturellement à celle-ci. L'état du tissu sous-muqueux des plaques est d'ailleurs fort remarquable, ce tissu n'étant pas simplement rouge, mou et cohérent, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas ; ni transformé en cette matière jaunâtre que nous avons observée un peu moins souvent ; mais tenant en quelque sorte le milieu entre ces deux états, et plus semblable aux glandes lymphatiques rouges et fermes, comme il a été dit, qu'à tout autre tissu.

Les autres organes n'étaient pas moins dignes d'attention, vu la marche pour ainsi dire foudroyante de l'affection. Presque tous étaient plus ou moins profondément lésés. Si le cerveau ne présentait qu'une légère injection, les poumons offraient une altération assez marquée ; la rate était très volumineuse, et facile à réduire en putrilage. Et, à raison de la brièveté de l'affection et du degré de ces différentes lésions, on serait porté à croire qu'elles ont débuté en même temps que celle des plaques elliptiques, qu'une seule et même cause a agi à la fois sur tous ces organes, si ces lésions se présentaient quelquefois dans un état de simplicité ; si, comme je l'ai dit plus haut, elles ne manquaient pas fréquemment, et ne devaient pas être regardées, pour cette raison, comme secondaires.

Une partie de ces réflexions s'appliquerait naturellement au ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, que nous rencontrons ici pour la première fois à un certain degré, si, comme nous le verrons plus tard, des doutes légitimes ne s'élevaient pas aujourd'hui sur le caractère de cette altération et sur l'époque de son développement : aussi me bornerai-je, dans ce moment, à faire remarquer au lecteur que parmi le petit nombre de symp

tômes que j'ai recueillis, aucun n'est relatif à cette lésion.

Je remarquerai encore, dans le cas où l'altération des plaques elliptiques de l'iléum et le ramollissement de la muqueuse intermédiaire sembleraient insuffisants pour expliquer la mort du sujet, que les lésions secondaires suppléeraient à ce qui manque à cet égard.

XIe OBSERVATION.

Diarrhée au début, éblouissement, puis délire ; météorisme considérable dans les derniers jours; taches roses lenticulaires, mort au milieu du *huitième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges, ramollies, épaissies à leur pourtour ; cryptes nombreuses, dont quelques-unes légèrement ulcérées ; glandes mésentériques très volumineuses, d'un rose strié de noir, très ramollies près du cœcum ; muqueuse colite rouge, ramollie, épaissie ; muqueuse de la vésicule biliaire manifestement enflammée.

Un maçon âgé de dix-neuf ans, d'une constitution peu forte, à Paris depuis vingt mois, tomba malade le 29 septembre 1826, et fut conduit à l'hôpital de la Charité le 3 octobre suivant. Au début, céphalagie, fatigues, frissons, anorexie, soif vive, continuation de la diarrhée qui avait paru la veille. Ces symptômes persistèrent, le malade cessa de travailler, mais il se promena encore pendant quelques jours ; il eut des éblouissements dans les deux derniers, et, sa faiblesse ayant fait des progrès, il fut conduit en voiture à l'hôpital. Jusque là point de délire, point de moyens actifs opposés à l'affection. Le malade n'avait pas pris, comme cela est si ordinaire aux gens du peuple, du vin chaud sucré ; il s'était borné, pour toute nourriture, à quelques soupes et à du bouillon. Il eut du délire peu après son admission à l'hôpital, et se leva pendant la nuit, sans motifs.

Le 4 au matin : décubitus latéral droit, stupeur moyenne, air méditatif, oreille fine, yeux légèrement injectés, paroles presque inintelligibles, comme dans l'ivresse ; le malade sait être à l'hôpital, sans pouvoir dire depuis quand ; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres : langue humide, rouge au pourtour, blanchâtre et jaunâtre au centre ; soif vive, déglutition facile ; ventre très météorisé, indolent, souple, même à la région de la rate, offrant plusieurs taches roses lenticulaires mal dessinées ; pouls médiocrement large, redoublé, à cent huit ; chaleur élevée ; toux rare, existant depuis quelques jours ; respiration médiocrement accélérée ; râle sonore dans l'expiration, antérieurement ; quelques craquements en arrière, inférieurement. *(Orge édulc. ; petit-lait ; saignée de* 300 grammes *; vésic. aux cuisses.)*

La figure devint plus naturelle, moins rouge immédiatement après la saignée ; et peu après, passant à côté du malade, il m'annonça qu'il venait d'être saigné. Un peu plus tard, son attitude était abandonnée, il avait un pied hors du lit.

Le caillot n'offrit ni retrait ni, couenne ; il y eut, dans la journée, un peu d'assoupissement, des selles liquides, et, pendant la nuit, du délire, au milieu duquel le malade tomba à terre. Le calme se rétablit le 5, à quatre heures du matin ; et, au moment de la visite, l'assoupissement était profond, les réponses nulles ou rares, et aussi inintelligibles que la veille ; la langue, qu'on ne pouvait voir qu'en abaissant la mâchoire d'une manière mécanique, était blanche et humide ; le ventre encore plus météorisé que la veille, les taches roses lenticulaires dans le même état, et la pression exercée sur différents points de l'abdomen excitait des grimaces. *(Vésic. aux jambes.)*

Il y eut des selles involontaires; l'assoupissement continua tout le jour, et fut accompagné, pendant la nuit, de gémissements non interrompus. Le même état persistait encore le 6 au matin. Alors les bras abandonnés à eux-mêmes tombaient comme paralysés; les pupilles étaient médiocrement larges, sensibles à la lumière; les mâchoires fortement rapprochées, au point de ne pouvoir être écartées par une force mécanique considérable; la peau était chaude et bleuâtre dans beaucoup de points, la plaie des vésicatoires plus rouge qu'à l'ordinaire et douloureuse, le pouls précipité, quelquefois insensible, à cent cinquante; le bruit respiratoire fort, antérieurement, et sans râle.

Le malade mourut le même jour, à trois heures de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Maigreur assez considérable, poitrine un peu étroite, raideur cadavérique très prononcée; muscles d'une bonne couleur, non poisseux. Face antérieure du tronc bleuâtre, comme pendant la vie; rougeur des vésicatoires un peu moins prononcée qu'alors; peau correspondante sans altération de consistance et d'épaisseur.

Tête. Os du crâne extrêmement minces; veines cérébrales presque dépourvues de sang. Nulle infiltration au-dessous de l'arachnoïde; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux; deux cuillerées du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. Pie-mère très injectée; substance corticale nuancée de rose; la médullaire médiocrement piquetée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance. Le cervelet dans le même état que le cerveau.

Rachis. Moelle épinière parfaitement saine.

Cou. L'amygdale droite contenait un peu de pus, bien que d'un volume peu considérable. Le pharynx, l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère ne présentaient rien de remarquable.

Poitrine. Le péricarde était dans l'état naturel. Le cœur avait un volume ordinaire, une consistance un peu moindre que dans l'état normal. Son ventricule droit contenait une médiocre quantité de sang caillé ; le gauche presque pas. L'aorte en contenait beaucoup, était rouge, d'ailleurs saine. — Les poumons étaient libres, assez légers, d'un rose pâle antérieurement, d'une couleur un peu plus foncée en arrière, où l'on voyait des taches noirâtres de 8 à 10 centimètres de surface, de près de 25 millimètres d'épaisseur, sans augmentation de la densité du tissu pulmonaire qui était, dans cette partie comme dans tout le reste, un peu plus ferme que dans l'état naturel, et offrait une coupe aride. Nul épanchement dans les plèvres.

Abdomen. L'œsophage était parfaitement sain. — L'estomac avait un volume médiocre, contenait une petite quantité de liquide couleur orange. Sa membrane muqueuse était rouge dans le grand cul-de-sac et jusqu'à 8 centimètres du pylore, tachée de jaune dans quelques points de son extrémité supérieure, mamelonnée dans quelques-uns de ceux de sa moitié inférieure, d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans toute son étendue.— Le duodénum était un peu plus large que d'ordinaire, inégalement rougeâtre à l'intérieur; et les cryptes de sa portion pylori-valvulaire étaient plus larges que dans l'état normal.— L'intestin grêle avait un volume plus considérable, d'un tiers, que de coutume; offrait, dans sa première moitié, une invagination du bout supérieur dans l'inférieur, de la longueur de 60 centimètres environ, et, dans cette même partie, une assez grande quantité de bile

claire et de mucus. Sa membrane muqueuse était un peu rouge dans son premier quart, puis grisâtre, blanchâtre et grisâtre encore ; enfin, d'un rouge obscur mêlé de gris, par intervalles, dans les 12 derniers décimètres. D'une consistance et d'une épaisseur convenables dans le jéjunum, elle était un peu ramollie ensuite, et ne donnait, par traction, dans le quart de l'iléum voisin du cœcum, que des lambeaux de 6 à 10 millimètres. Dans cette dernière partie se trouvaient douze plaques elliptiques, de 25 à 50 millimètres dans leur grand diamètre, d'autant plus rapprochées et plus larges qu'elles étaient plus voisines de la valvule iléo-cœcale, épaisses de 2 millimètres environ à leur pourtour, et principalement formées aux dépens de la membrane muqueuse, qui était molle comme une pulpe et amincie au centre. Mises dans l'eau, on voyait se détacher de la surface de celles qui étaient le plus rapprochées du gros intestin, une sorte de *tomentum* plus ou moins long, qui n'existait pas à la surface des autres. Le tissu cellulaire sous-jacent était d'un rouge intense, peu épaissi. Plusieurs plaques offraient encore des saillies transversales de 2 à 4 millimètres de largeur, qui se prolongeaient au-delà de leur pourtour et étaient principalement formées aux dépens du tissu cellulaire, épais d'un millimètre dans ce point. La rougeur obscure de l'iléum finissait à 10 centimètres du cœcum, et l'intervalle compris entre elle et cet organe était presque entièrement occupé par une large plaque rose, et quatre plus petites. Beaucoup de cryptes se trouvaient entre les plaques, et, comme celles-ci, elles étaient plus rapprochées et plus volumineuses près de la valvule iléo-cœcale, où elles étaient à 4 ou 6 millimètres de distance les unes des autres, que partout ailleurs. Quelques-unes offraient même un commencement d'ulcération, dans cette dernière partie, et le tissu sous-muqueux

correspondant était sans altération sensible. — Le gros intestin avait un volume double de celui qu'il offre dans l'état normal, et il contenait une médiocre quantité de matières fécales, liquides. Sa membrane muqueuse était d'un rouge foncé dans le rectum, d'un rouge clair dans le colon droit, doublée d'épaisseur et ramollie dans sa première moitié, puis d'une consistance presque naturelle. Elle offrait, dans toute sa longueur, un grand nombre de cryptes lenticulaires, aplaties, plus rapprochées dans la moitié voisine du cœcum, où elles n'étaient distantes les unes des autres que de 6 à 10 millimètres, que dans la suivante. Quelques-unes de celles qui occupaient le cœcum étaient légèrement ulcérées à leur centre. — Les glandes mésentériques correspondantes à la majeure partie de l'iléum étaient du volume d'une grosse aveline, d'une couleur rose striée de rouge noir, et très ramollies, sans la moindre trace de pus. Les glandes mésocolites étaient à la fois moins molles, et, proportion gardée, moins grosses. — Le foie était un peu pâle, d'une bonne consistance. La vésicule biliaire avait un petit volume, et elle contenait une petite quantité de bile rousse et de matière jaune purulente, médiocrement épaisse. Sa membrane muqueuse était chagrinée, comme dans l'état naturel, d'une légère teinte rose, de trois quarts de millimètre d'épaisseur. Les conduits biliaires étaient sains. — La rate était un peu ramollie et augmentée de volume, d'une couleur foncée. — Les reins étaient plus gros que d'ordinaire, leur substance corticale striée de lignes d'un rouge obscur. — Le reste sain.

La diarrhée, qui fut le premier symptôme de l'affection du sujet, parut le 28 septembre; la mort eut lieu le 5 octobre; c'est-à-dire que la maladie a duré un peu moins

de huit jours. Et comme l'altération des plaques de l'intestin grêle était la plus grave de toutes celles du canal intestinal, il est naturel de croire qu'elle en était la plus ancienne, qu'elle avait débuté avec la diarrhée, ou dès le principe de l'affection; ce que confirment, comme dans les précédentes observations, l'état des glandes mésentériques, et même, jusqu'à un certain point, celui des glandes mésocolites, moins ramollies et proportionnément moins volumineuses que celles du mésentère (1).

Si l'altération de la membrane muqueuse du gros intestin était assez considérable, les autres lésions secondaires l'étaient beaucoup moins. La rougeur de la membrane muqueuse de l'estomac, qui n'offrait rien autre chose de remarquable, était sans doute fort récente, probablement le produit d'une simple congestion finale : le cœur et le foie étaient à peu près dans l'état naturel, l'excès de volume et le ramollissement de la rate peu considérables, les reins un peu plus développés que d'ordinaire, striés de lignes noires dans toute l'épaisseur de la substance corticale. Étaient-ils ramollis? La tunique interne de la vésicule biliaire était rouge, épaissie, et recouverte par une certaine quantité de mucus. Toutes ces lésions n'étaient que de peu d'importance, envisagées comme cause de mort; et l'on se demande peut-être si, réunies à celles de l'un et de l'autre intestin, elles peuvent expliquer d'une manière satisfaisante la mort du sujet. Bien que la rapidité avec laquelle les altérations de nos organes ont lieu, soit un des principaux éléments d'un problème de cette espèce, on conçoit qu'il serait encore possible,

(1) On verra plus tard, lors de la description générale des glandes lymphatiques, pourquoi il n'est pas possible de parler plus affirmativement.

en tenant compte de cette circonstance, d'avoir de l'incertitude : mais alors l'altération des fonctions cérébrales, quelle qu'en soit la cause, expliquerait, comme nous le verrons plus tard, ce que l'état apparent des organes ne peut pas à lui seul expliquer.

Malgré le petit nombre de lésions accessoires et le faible degré de chacune d'elles, les symptômes ont été les mêmes que dans un grand nombre de cas où les lésions secondaires sont beaucoup plus graves; ce qui montre, avec d'autres faits à peu près semblables, que presque tous les symptômes observés chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et surtout ceux qu'on peut considérer comme caractéristiques, se rattachent, au moins en grande partie, à la lésion spéciale de l'iléum.

XIIe OBSERVATION.

Diarrhée au début, faiblesse modérée, délire, séjour au lit pendant vingt-quatre heures seulement; mort au *huitième jour*. — Plaques elliptiques rouges, nombreuses, épaissies et ramollies dans l'iléum, une d'elles ulcérée; glandes mésentériques correspondantes roses, très volumineuses, extrêmement ramollies; ramollissement considérable du cœur et du foie; rate très volumineuse et un peu ramollie.

Un homme âgé de vingt-deux ans, d'une constitution forte, fut admis à l'hôpital de la Charité le 8 août 1824, ayant un délire violent et beaucoup de météorisme. On lui appliqua, sans le moindre succès, quarante sangsues à l'abdomen; et, le lendemain matin, à quatre heures, il expira.

Je cherchai à obtenir quelques renseignements sur son état antérieurement à son arrivée à l'hôpital, et j'appris, de ceux avec lesquels il travaillait habituellement, que

cinq jours avant cette époque, le 3 août, il avait été renvoyé du travail par un de ses camarades qui s'était aperçu de son malaise et de sa faiblesse; que le lendemain il avait été, comme à l'ordinaire, manger à l'auberge, disant à une personne qu'il avait rencontrée, qu'il ne se trouvait pas bien; qu'il s'était plaint, dès le début, de douleurs de ventre, qu'il avait eu du délire et de la diarrhée le 7; que le 8 au matin, avant d'être conduit à l'hôpital, il était descendu de sa chambre, un paquet sous le bras, disant qu'il partait pour son pays. Il était à Paris depuis quinze mois.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Cou verdâtre, très emphysémateux; abdomen de même couleur dans une partie de son étendue, volumineux. Chairs fermes, d'une bonne couleur, non poisseuses.

Tête. Granulations opaques, petites et rares, nées de l'arachnoïde, contre la faux cérébrale; nulle infiltration sous-arachnoïdienne; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Pie-mère saine, non injectée; substance corticale d'un rose très tendre; la médullaire très légèrement piquetée de sang. Toute la masse encéphalique d'une bonne consistance. Les corps rhomboïdaux du cervelet d'une couleur verdâtre, d'ailleurs sains.

Rachis. Moelle épinière d'une couleur et d'une consistance naturelles.

Cou. Amygdales d'un rouge livide. Le pharynx, l'épiglotte et le larynx n'offraient rien de remarquable; la trachée-artère était verdâtre.

Poitrine. Le cœur était extrêmement mou, non décoloré. L'aorte était d'un rouge foncé, dans toute sa longueur; les

artères qui en naissent étaient d'une teinte rose plus ou moins vive, étendue à la tunique moyenne, comme dans leur tronc. — Il y avait 500 grammes environ de liquide rouge, formant un léger dépôt, dans la plèvre gauche, et des adhérences celluleuses universelles du côté droit. Les poumons étaient d'un petit volume, lourds, molasses et noirâtres inférieurement, à l'extérieur comme à l'intérieur, et très faciles à déchirer. Les incisions faites dans cette partie se couvraient d'une lame de sang noirâtre, extrêmement peu aéré : le tissu pulmonaire semblait homogène, n'avait pas l'aspect grenu, était ce qu'on appelle ordinairement splénisé.

Abdomen. L'un et l'autre intestin étaient météorisés, doublés de volume. — L'œsophage était sain. — L'estomac avait une médiocre capacité, contenait un peu de liquide jaunâtre. Sa membrane muqueuse était comme plaquée de rouge dans le grand cul-de-sac, jaunâtre ou lilas dans les intervalles, blanchâtre ou très légèrement grisâtre dans le reste de son étendue, un peu ramollie dans sa moitié supérieure, d'une bonne consistance dans l'inférieure, d'une épaisseur convenable dans toutes ses régions. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus et de bile. Sa membrane interne était pâle et parfaitement saine dans ses deux premiers tiers, conservait sa blancheur et sa ténuité naturelles, était ramollie dans ses 25 derniers décimètres, où l'on ne pouvait en obtenir, par traction, que des lambeaux de 7 à 9 millimètres. Les plaques elliptiques étaient, dans cette même partie, rouges, larges et épaissies, et leur rougeur, leur épaississement et leur largeur d'autant plus considérables qu'elles étaient plus rapprochées du cœcum ; en sorte qu'à 3 décimètres de cet intestin deux d'entre elles avaient 80 millimètres de long, sur 40 de large. La membrane muqueuse qui concourait à les former était fort ramollie, épaisse

de plus d'un millimètre, et détruite, dans une petite étendue, au centre de la plus rapprochée de la valvule iléocœcale. Le tissu cellulaire sous-jacent était non moins rouge, un peu plus épais, et son épaississement suivait la même progression que celui de la muqueuse. Dans l'intervalle des plaques elliptiques altérées s'en trouvaient d'autres beaucoup moins étendues, irrégulièrement arrondies, d'ailleurs semblables, et des cryptes solitaires blanches, assez nombreuses, de 2 à 5 millimètres de diamètre, adhérentes au tissu sous-muqueux. Les 80 derniers millimètres de l'iléum et la face correspondante de la valvule iléo-cœcale n'étaient, pour ainsi dire, qu'une plaque formée de beaucoup d'autres, rouges, inégales, de toute grandeur. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales, pultacées; sa membrane muqueuse était pâle, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans toute son étendue, et soulevée, dans sa première moitié, par un assez grand nombre de cryptes, de 2 millimètres, plus ou moins, de diamètre.—Les glandes mésocolites étaient rougeâtres, volumineuses, pisiformes; celles du mésentère, de la grosseur d'une aveline et au-delà, d'une couleur rose ou violacée, extrêmement ramollies, de manière à se réduire en putrilage par une pression très légère.— Le foie était pâle, un peu grisâtre, flasque et facile à déchirer. La vésicule contenait une assez grande quantité de bile roussâtre et peu épaisse. — La rate était quadruplée de volume, bleuâtre et noirâtre, ramollie, mais non à un degré remarquable. — Les reins étaient violacés, la vessie très distendue par une grande quantité d'urine, sa membrane muqueuse saine.

Bien qu'il ne m'ait été possible d'obtenir que des renseignements incomplets sur l'état du malade, antérieurement

à son admission à l'hôpital, et principalement sur l'époque précise du début de l'affection, il est clair néanmoins que sa marche a été très rapide, en quelque sorte foudroyante, le sujet n'ayant gardé le lit que pendant vingt-quatre heures. C'est seulement six jours avant sa mort, qu'il fut renvoyé du travail par un de ses camarades, qui le vit faible et souffrant ; et, dans la supposition où la maladie aurait débuté deux jours auparavant, sans avoir été remarquée, supposition assez large, il me semble, elle aurait encore été mortelle au huitième jour, comme dans la précédente observation. — Si d'ailleurs les premiers symptômes indiquaient une lésion du tube digestif, l'iléum en était aussi la partie la plus largement et la plus profondément altérée ; de manière qu'il n'est pas possible de douter que ses lésions n'aient débuté en même temps que la maladie. Qu'est-il besoin maintenant, après tout ce qui a été dit, de remarquer que l'altération des plaques elliptiques était plus marquée dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs, qu'elle avait suivi sa marche accoutumée ?

A part le développement des cryptes, la membrane muqueuse du gros intestin était saine, et cette intégrité presque parfaite indique qu'on ne peut guère rapporter la diarrhée qu'à l'état de l'iléum. Le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac était léger, celui des poumons très considérable, la rate très volumineuse, sa consistance très diminuée, il y avait un épanchement assez abondant d'un liquide rouge dans la plèvre gauche : en sorte que si les lésions de l'iléum ne sont pas suffisantes pour expliquer la mort, on la conçoit très bien par leur réunion avec celles des viscères qui viennent d'être rappelés.

Deux autres circonstances fort remarquables de cette observation, c'est le peu d'atteinte portée aux forces du sujet,

malgré la marche rapide de la maladie, puisqu'il n'a gardé le lit que vingt-quatre heures, et l'état, pour ainsi dire latent, de cette maladie : ce que j'aurai occasion de rappeler plus tard, en exposant les faits relatifs à cette forme de l'affection.

Malgré l'absence de beaucoup de détails qu'il ne m'a pas été possible de recueillir, l'observation suivante est encore digne, comme nous allons voir, de beaucoup d'intérêt.

XIIIe OBSERVATION.

Délire; mort au *onzième jour* de l'affection. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges, ramollies, épaissies; l'une d'elles ulcérée; glandes lymphatiques correspondantes très volumineuses, rôses, piquetées de noir, très ramollies; destruction de la membrane muqueuse de l'estomac par bandes, et d'une partie de la sous-muqueuse correspondante.

Un domestique, âgé de trente ans, fort, large, parfaitement bien conformé, fut conduit à l'hôpital de la Charité le 13 janvier 1825. J'appris des personnes qui l'avaient amené, qu'il était malade depuis le 8 du même mois, qu'il avait été indisposé dans les quatre jours qui avaient précédé; qu'on lui avait donné un émétique. On ne put me fournir aucun autre renseignement. — Deux heures après son admission à l'hôpital, le malade était dans l'état suivant : stupeur profonde, assoupissement, et, peu après, air distrait, ou apparence de préoccupation, réponses insignifiantes, ou inintelligibles, ou nulles; pupilles larges, faiblesse extrême et parfois paralysie du bras droit; lèvres et oreilles violacées : langue pâle, médiocrement humide, tirée sans hésitation; ventre bien conformé, selles fréquentes et involontaires : pouls régulier, à cent dix.

Le lendemain 14, à l'heure de la visite, le malade était

mourant, portait incessamment la mâchoire inférieure à droite et à gauche, avait de l'écume à la bouche : ses pupilles étaient étroites, sa respiration râlante. Il mourut à une heure de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE QUARANTE-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Raideur cadavérique encore assez considérable; muscles épais, d'une belle couleur, comme dans l'état naturel.

Tête. Nulle infiltration sous-arachnoïdienne; quelques gouttes de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; pas la moindre quantité du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. Pie mère rouge et médiocrement gorgée de sang. Cerveau et cervelet très fermes et très injectés.

Cou. Épiglotte saine; larynx un peu rouge; trachée-artère davantage; leur membrane muqueuse d'ailleurs dans l'état normal.

Poitrine. Cœur mou, d'un volume médiocre, un peu pâle; les parois du ventricule droit épaisses de 2 millimètres seulement. Aorte rouge dans toute sa longueur, dans sa seconde moitié surtout; et cette rougeur s'étendait, en s'affaiblissant à la tunique moyenne. — 180 grammes de sérosité rouge dans chacune des plèvres. Poumons libres et d'un rouge assez vif. Le droit plus lourd que le gauche, noirâtre et ferme en arrière, à l'extérieur comme à l'intérieur, donnant par expression, une petite quantité de liquide très rouge, non aéré; sans traces d'hépatisation. Sa partie antérieure aride, sans le moindre engouement, comme tout le poumon gauche. Bronches d'un rouge moins vif que la trachée-artère.

Abdomen. 120 à 150 grammes de sérosité dans le flanc droit. — Œsophage parfaitement sain. Estomac un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire; rougeâtre, violacé

à l'extérieur, vers sa grosse extrémité, offrant, à l'intérieur, dans le grand cul-de-sac, supérieurement et dans la hauteur de 8 centigrammes, une rougeur assez vive; puis, jusqu'à une distance un peu moindre du pylore, un aspect blanc bleuâtre, non continu, sous forme de bandes de 100 à 130 millimètres de long, sur 9, 13, 22 de large. Ces bandes, parallèles ou entre-croisées, moins larges sur la face antérieure que sur la postérieure, étaient traversées par des vaisseaux larges et vides. La membrane muqueuse était détruite dans les points correspondants, et la celluleuse elle-même manquait presque entièrement sur les bandes de la face postérieure de l'estomac; en sorte que les fibres musculaires n'étaient plus recouvertes, dans ce point, que par un feuillet arachniforme. Entre ces bandes, la membrane muqueuse était mince et ramollie; elle était encore très mince près du pylore, dans la largeur de 50 millimètres, et seulement ramollie dans la portion du grand cul-de-sac où elle était rouge. — L'intestin grêle offrait deux invaginations du bout supérieur dans l'inférieur, de 27 centimètres de long chacune, et la membrane muqueuse, à l'exception des plaques elliptiques, était saine dans toute son étendue, sous le rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur, même dans le voisinage du cœcum. Les plaques altérées, au nombre de vingt, occupaient les 16 derniers décimètres de l'iléum, étaient d'un rouge plus ou moins foncé, saillantes, épaisses de 2 millimètres, plus ou moins, et d'autant plus qu'on s'approchait davantage du cœcum, près duquel la plus large avait 80 millimètres dans son grand diamètre. On voyait à leur surface un grand nombre de petites dépressions circulaires, orifices des cryptes dont la réunion les composait. Une de ces plaques était ulcérée, et offrait, à son centre, une sorte de fragment de matière jaunâtre de peu d'étendue, facile à déta-

cher. Contre la valvule iléo-cœcale, l'intestin, dans la largeur de 50 millimètres et dans tout son pourtour, était rouge, inégal, par suite de l'épaississement et du ramollissement du grand nombre de petites plaques, presque confluentes, qui y existent dans l'état naturel. Le tissu cellulaire sous-muqueux de toutes les plaques altérées était fort rouge, presque aussi épais que la muqueuse elle-même ; et entre ces plaques se trouvaient plusieurs boutons de 5 à 7 millimètres de large, aussi saillants que les plaques, dont quelques-uns offraient un commencement d'ulcération. — Le gros intestin contenait peu de matières fécales, et sa membrane muqueuse était parfaitement saine. — Les glandes mésentériques étaient roses, piquetées de noir, très volumineuses, très ramollies dans le voisinage du cœcum ; les ganglions placés le long des grande et petite courbures de l'estomac étaient sains. — Le foie était molasse, sans autre altération appréciable : la bile de la vésicule trouble, peu épaisse et peu abondante. — Les reins étaient un peu mous et gorgés de sang. — La rate était doublée de volume, d'un rouge violet foncé, ramollie à un médiocre degré.

Si le manque presque absolu de renseignements sur l'état du sujet, avant son admission à l'hôpital, empêche d'assigner avec exactitude le début des différentes lésions observées, au moins connaissons-nous celui de la maladie, qu'on ne pouvait pas reporter au-delà de dix à onze jours à l'époque de la mort du sujet ; en sorte que cette courte période a suffi à l'altération des plaques et de la membrane muqueuse de l'estomac, telle qu'elle a été décrite. Et comme les faits rapportés jusqu'ici montrent que l'altération des plaques elliptiques de l'intestin devance, dans la maladie qui nous occupe, toutes les autres, il devient sinon certain, du moins infiniment

probable, qu'il en aura encore été de même dans le cas dont il s'agit; que par conséquent le ramollissement et la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac et d'une partie du tissu cellulaire sous-jacent, auront eu lieu avec une extrême rapidité. Mais ce qui donne le plus d'intérêt à cette observation, c'est l'exacte circonscription du désordre de l'iléum, dont la muqueuse était parfaitement saine autour des plaques. Ce qui indique que l'altération de cette membrane, quand elle existe, est consécutive, et n'a rien d'essentiel à l'affection.

En *résumé*, que la maladie soit mortelle du quinzième au trentième jour de sa durée, ou qu'elle le devienne beaucoup plus rapidement, du huitième au douzième, nous trouvons pour lésion principale, et, dans certains cas, pour lésion unique en quelque sorte, une altération plus ou moins grave des plaques elliptiques de l'iléum, ulcérées ou non ulcérées, toujours plus ou moins rouges, ramollies et épaissies. Non-seulement l'altération est toujours la même, mais elle est plus profonde dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs, et semble, par cela seul, suivre une marche constante et débuter dans le voisinage de la valvule iléo-cœcale, pour s'étendre plus ou moins rapidement ensuite du côté du duodénum. Toutes les fois qu'il y a des complications et qu'on peut, à l'aide des symptômes, reconnaître le début des différentes lésions, celle des plaques de l'iléum a évidemment la priorité. Et comme dans presque tous les cas où les sujets sont morts du huitième au douzième jour, les premiers accidents se rattachaient à une lésion du canal intestinal, il faut en conclure dans ces cas, du moins, que le début de l'altération des plaques elliptiques de l'iléum était le même que celui de la maladie, qu'on ne saurait considérer cette lésion comme un des effets de celle-ci, qu'elle en forme le caractère anatomique. — Mais

si cette conclusion est rigoureuse pour les sujets qui ont succombé du huitième au douzième jour de l'affection, elle l'est également pour ceux qui, ayant été emportés du quinzième au trentième, se trouvaient dans les mêmes circonstances, chez lesquels les premiers symptômes annonçaient une altération du tube digestif : et on conçoit sans peine qu'il doit encore en être de même, au moins dans la majorité des cas, pour les sujets qui, n'ayant eu ni douleurs de ventre ni diarrhée au début, ont d'ailleurs éprouvé un peu plus tard tous les symptômes qui caractérisent l'affection qui nous occupe, et chez lesquels l'altération des plaques elliptiques de l'intestin était la même que dans les autres cas.

Étudions maintenant, dans un nouvel ordre de faits, les modifications diverses de la lésion qui vient d'être signalée chez les individus dont la maladie a traîné en longueur.

CHAPITRE III.

OBSERVATIONS RELATIVES A DES SUJETS MORTS APRÈS LE TRENTIÈME JOUR DE L'AFFECTION.

XIVe OBSERVATION.

Diarrhée au début, puis faiblesse considérable; météorisme, assoupissement, lipothymie, prostration, délire; mort au *quarantième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum plus ou moins largement ulcérées, rougeâtres et grisâtres, médiocrement ramollies ; glandes mésentériques correspondantes d'un rouge violet, volumineuses et ramollies ; muqueuse colite rouge et ramollie dans une grande étendue, avec ulcération : rate un peu volumineuse et ramollie.

Un commissionnaire, âgé de vingt-deux ans, d'une constitution médiocrement forte, à Paris depuis deux mois, fut

conduit à l'hôpital de la Charité le 14 avril 1825, se disant alors malade depuis sept jours. L'affection avait été précédée, pendant le même temps, de douleurs de ventre, d'une diarrhée assez intense (huit à dix selles en vingt-quatre heures), et avait débuté par une céphalalgie très incommode, des douleurs dans les membres, des étourdissements, l'assoupissement, une faiblesse assez considérable, l'anorexie, la soif, la toux, une chaleur forte, sans frissons. Ces symptômes, auxquels il faut joindre la diarrhée, avaient persisté; la faiblesse était devenue progressivement plus considérable, les étourdissements plus fréquents, et si forts que le malade n'osait marcher qu'à l'aide d'un bâton. Il ne perdit complétement l'appétit que dans les quatre derniers jours, et jusque là, bien qu'avec répugnance, il avait mangé presque comme à l'ordinaire. Il n'eut des nausées que momentanément, quarante-huit heures avant son admission à l'hôpital, sans cause connue, et il ne garda le lit que par intervalles.

Le 15 : figure un peu endormie, tendance au sommeil, sens intègres, céphalalgie, mémoire sûre, parole lente, décubitus varié, lassitudes, mouvements pénibles, affaissement considérable; langue sèche et tremblante, rougeâtre au pourtour ; soif vive, anorexie, épigastre indolent, un peu météorisé; douleurs presque continues, variables, dans la fosse iliaque droite, augmentées par la pression; pouls médiocrement large et plein, à quatre-vingt-huit; chaleur peu élevée; point de taches lenticulaires roses, point d'épistaxis depuis le quatrième jour de l'affection; râle sec et sonore, quelquefois glapissant, dans toute l'étendue de la poitrine; toux rare (*Petit-lait. orge oxym.*, bis; *lav.*; *ém.*, bis; *deux bouillons.*)

Il y eut deux selles dans la journée. Le 16, la langue était humide et presque naturelle, le ventre plus météorisé que la veille, le pouls un peu plein, à cent; la chaleur modérée,

accompagnée d'une moiteur universelle qui avait commencé la nuit; l'oreille dure; le reste comme le 15. *(Id.)*

Dans l'après-midi, défaillance d'un quart d'heure. Le lendemain, stupeur légère, regard un peu hébété, somnolence presque continuelle, affaissement, réponses monosyllabiques, langue sèche et nette, pouls à quatre-vingt-dix. *(Vésic. aux jambes.)*

La somnolence persista; il y eut, dans la journée, des selles involontaires, au milieu desquelles se trouvaient quelques vers lombrics, et une nouvelle lipothymie sans cause appréciable, de cinq minutes, le malade étant au lit. Le 18, figure décolorée, même somnolence, immobilité, décubitus dorsal presque constant, abdomen très météorisé, un peu sensible à la pression dans toute son étendue; langue sèche et rougeâtre; pouls comme la veille; même absence de taches. (*Orge oxym.*, ter; *lav. lin. fom. ém.*)

A part les lypothymies qui ne se renouvelèrent pas, il n'y eut aucun changement appréciable les jours suivants. Le 21, stupeur profonde, pupilles larges, occlusion des paupières qu'on écarte avec peine; raideur du bras droit, diminuant à mesure qu'on lui imprime quelque mouvement, comme une charnière sèche et serrée; parfois refus de boire, selles toujours involontaires *(Vingt sangs. aux oreilles; orge oxym.)*

La perte de sang fut assez considérable, et l'assoupissement diminua un peu dans la soirée. Le lendemain il était toujours au même degré, le malade ne répondait pas un mot, était immobile comme un corps inerte; sa langue était couverte d'une croûte jaunâtre, non entièrement sèche; son ventre météorisé; le bruit respiratoire mêlé d'un râle sec et sonore, un peu glapissant, plus fort à gauche qu'à droite, à

peu près comme les jours précédents (*Glace sur la tête*; *sinap. aux m. infér.*; *orge oxym.*; *lav.*)

La somnolence fut momentanément un peu moindre après l'application de la glace. Le 23, à l'heure de la visite, elle était au même degré que la veille, et elle n'offrit aucun changement appréciable les jours suivants, malgré la continuation de la glace.

Du 24 avril au 10 mai, jour de la mort, voici ce que j'observai : l'assoupissement ne fut interrompu que par un délire plus ou moins violent qui obligea de maintenir le malade avec un gilet de force, dans les nuits du 27 avril au 6 mai ; la figure, ordinairement un peu rouge et bleuâtre, était décolorée le 30 avril et jours suivants; l'extension des membres fut presque toujours difficile, surtout du 2 au 6 mai ; — la langue fut presque constamment sèche et tremblante, la déglutition fut gênée du 30 avril au 3 mai, très facile ensuite; les selles furent constamment involontaires, au nombre de deux à trois en vingt-quatre heures, rarement plus; le ventre était médiocrement météorisé le 27 avril, davantage le 3 mai, bien conformé le 7, et offrait des taches roses lenticulaires le 1er; — le pouls varia de quatre-vingt-dix-huit à cent pulsations par minute, du 26 avril au 1er mai, fut très petit et très faible, tremblotant, à cent dix-huit, un peu plus ou un peu moins ensuite; et la chaleur, ordinairement élevée et sèche, était accompagnée de moiteur dans les sept premiers jours de mai.— La toux fut assez forte dans le même espace de temps, et toutes les fois que je pratiquai l'auscultation, j'entendis un râle sec et sonore dans toute l'étendue de la poitrine. Il y avait en outre, le 29 avril, en arrière et à droite, un râle sous-crépitant.

On prescrivit des vésicatoires aux cuisses le 26 avril, et, le 6 mai, une infusion de quinquina avec le sirop tartareux,

une potion de vin et de sirop de quinquina, de chaque 8 grammes, et 1 gramme de sulfate de quinine; deux tasses de vin ; un lavement de quinquina camphré ; des fomentations aromatiques. La même prescription fut continuée les trois jours suivants.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement et raideur cadavérique considérables ; muscles fermes, d'une bonne couleur et non poisseux ; destruction complète de la peau dans toute l'étendue des vésicatoires des cuisses ; augmentation de la densité du tissu cellulaire correspondant.

Tête. Quelques granulations miliaires, opaques, nées de l'arachnoïde le long de la scissure longitudinale ; nulle infiltration sous-arachnoïdienne ; demi-cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; un peu moins dans les fosses occipitales inférieures. Toute la masse encéphalique un peu molle, non injectée.

Cou. L'épiglotte et le larynx dans l'état naturel. La trachée-artère un peu rouge inférieurement.

Poitrine. Cœur flasque, un peu petit, donnant naissance, par la face antérieure du ventricule droit, à un pédicule de l'épaisseur d'un fil de moyenne dimension, de 14 millimètres de longueur, terminé par une tumeur irrégulièrement arrondie, formée par un kyste semi-cartilagineux d'un demi-millimètre d'épaisseur, contenant une matière couleur d'ocre, de la consistance du tubercule qui se ramollit. Paroi du ventricule droit de 2 millimètres, celle du gauche de 7 millimètres d'épaisseur. Aorte saine. — Quelques cuillerées de sérosité sanglante dans les plèvres. Poumons libres ; l'un et l'autre légers, d'une belle couleur fauve antérieurement, inégale-

ment rouges et noirâtres en arrière, offrant des taches de même couleur intérieurement, mais moins larges que sous la plèvre, où plusieurs d'entre elles avaient 27 millimètres de surface, sans excès de densité du tissu qui en était le siége. Nulles traces d'engouement.

Abdomen. Œsophage sain, en partie dépouillé de son épiderme. — Estomac un peu volumineux, contenant une médiocre quantité de liquide jaunâtre et trouble. Sa membrane muqueuse était d'une couleur analogue dans le grand cul-de sac, d'un rose faible antérieurement, blanche partout ailleurs, d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans toute son étendue; et même, ce qui est bien rare, elle fournissait, par traction, dans le tiers supérieur de l'estomac, des lambeaux de 18 à 20 millimètres. — L'intestin grêle était légèrement météorisé, contenait une assez grande quantité de mucus, et, dans ses deux derniers mètres, un liquide épais, rouge-brun. Sa membrane muqueuse était d'un rose tendre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans sa première moitié, un peu plus colorée ensuite, d'un rouge livide et bleuâtre dans ses soixante derniers centimètres, où elle était extrêmement ramollie, à part les dix qui précèdent immédiatement le cœcum. Dans le dernier tiers de l'iléum se trouvaient beaucoup d'ulcérations de toute grandeur; les plus petites avaient de 7 à 11 millimètres dans leur plus grande largeur, étaient presque uniformément répandues dans tout le pourtour de l'intestin; les plus grandes, au nombre de dix, avaient de 25 à 50 millimètres dans leur grand diamètre, étaient voisines du cœcum et à l'opposite du mésentère. Les bords de celles-ci étaient saillants de 2 millimètres, un peu plus ou un peu moins, grisâtres et rougeâtres, ou violacés, et formés par la membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux

épaissis, par la membrane muqueuse surtout qui était médiocrement ramollie. La tunique musculaire, un peu rouge et épaissie, était à nu au fond de la plupart des grandes ulcérations, ou recouverte par une lame mince de tissu cellulaire. Les petites offraient la même structure, sauf la saillie du bord qui était peu considérable. — La membrane muqueuse du gros intestin était d'un rouge livide dans le cœcum, rouge clair dans le colon ascendant, après quoi elle reprenait son aspect ordinaire. Extrêmement molle dans la première moitié de sa longueur, elle offrait successivement plus de consistance jusqu'au rectum, où elle avait la fermeté qui lui est naturelle. Il y avait en outre, du cœcum à la partie moyenne du colon transverse, un grand nombre de taches grisâtres, lenticulaires, marquées d'un point noir à leur centre, beaucoup de petites ulcérations de 2 à 12 millimètres de diamètre, à bords aplatis, à fond musculeux, d'autant plus rapprochées et plus petites qu'elles étaient plus voisines de la partie moyenne du colon transverse. — Les glandes mésentériques étaient d'un rouge violet, volumineuses, surtout près du cœcum où elles avaient la grosseur d'une aveline, et ramollies proportionnément à leur volume. Les plus développées contenaient une petite quantité de pus. — Le foie était plus rouge et plus friable que d'ordinaire; la bile de la vésicule biliaire roussâtre et abondante. — La rate était un peu plus volumineuse, plus rouge et moins ferme que dans l'état normal.

Peut-être ne voit-on pas trop, au premier coup d'œil, entre cette observation et celles qui font partie du premier chapitre, de différence bien sensible relativement à l'objet qui nous occupe. Dans les unes et les autres, en effet, les ulcérations de l'iléum sont plus larges dans le voisinage

du cœcum que partout ailleurs; leurs bords sont élevés, les plaques au milieu desquelles elles se trouvent, plus ou moins ramollies ; les glandes mésentériques correspondantes sont volumineuses et non moins ramollies. Toutefois, entre les plaques du sujet qui nous occupe et celles dont il a été question antérieurement, il y avait une différence assez remarquable. Tandis que celles-ci étaient d'un rouge vif et très ramollies, les premières avaient une couleur mélangée de rouge et de gris, une mollesse un peu moindre, comme si, au moment de la mort, la maladie eût déjà rétrogradé. Et ce qui indique que cette dégradation ou ce changement de couleur en particulier ne tient pas à une circonstance fortuite, c'est que la couleur des glandes mésentériques n'était pas non plus la même que celle observée chez les sujets dont l'affection avait été plus promptement mortelle ; en sorte qu'on pourrait déjà soupçonner, par ce seul fait, qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie, les plaques et le pourtour des ulcérations deviennent moins rouges, changent plus ou moins rapidement d'aspect, et qu'il en est de même des glandes mésentériques. D'ailleurs il importe de remarquer que les symptômes caractéristiques de l'affection n'ayant pas cessé au moment de la mort, on ne pouvait pas s'attendre, malgré la longueur des souffrances, à trouver les plaques et les ulcérations fort différentes de ce qu'elles sont chez les sujets emportés plus rapidement : de manière que le fait qui nous occupe, en nous montrant le premier pas rétrograde de la nature, est une nouvelle preuve du rapport qui existe entre la lésion des plaques de l'iléum et les symptômes de la maladie que nous étudions.

Ceux-ci, effectivement, ne pouvaient être plus formidables. La diarrhée fut forte, le météorisme à la fois très prononcé

et de longue durée, l'affaissement plus profond que dans la majorité des cas ; et bien qu'on ne puisse pas lui rapporter les lipothymies, vu qu'elles ont eu lieu assez près du début, quand la faiblesse n'avait pas encore atteint son *maximum*, cependant on ne saurait se dispenser d'admettre une certaine relation entre ces deux faits. Ajoutons que l'assoupissement fut continuel pendant les vingt-cinq derniers jours, ou seulement interrompu par le délire.

On se rappelle qu'à l'époque de son admission à l'hôpital, le sujet disait n'être malade que depuis sept jours, bien qu'alors il eût de la diarrhée depuis quinze ; et l'on peut se demander si la lésion de l'iléum remontait au début de la diarrhée, ou seulement à l'époque à laquelle les symptômes généraux eurent lieu. Si cette dernière supposition peut se réaliser quelquefois, ce qu'il n'est pas possible de mettre en doute, la première me semble ici la seule vraisemblable, puisqu'il faudrait, en quelque sorte, pour la rejeter, qu'il y eût dans le canal intestinal une lésion plus profonde et, en apparence, plus ancienne que celles de l'iléum ; ce qui n'est pas.

L'observation suivante va nous donner l'exemple de la disposition des plaques qui nous occupe, à un degré beaucoup plus avancé.

XVme OBSERVATION.

Diarrhée, douleurs de ventre, faiblesse considérable au début ; continuation des mêmes symptômes ; faiblesse croissante, taciturnité sans délire ; douleurs, gonflement de la parotide droite ; mort au *trente-sixième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum épaissies, peu ramollies, un peu affaissées au pourtour des ulcérations ; glandes mésentériques correspondantes noirâtres et volumineuses : suppuration de la parotide droite, des poumons et du bassinet du même côté, etc.

Un maçon, d'une constitution médiocrement forte, fut

conduit en fiacre à l'hôpital de la Charité, le 1er novembre 1826. D'après son rapport, qui était en tout conforme à ce que j'appris de ses camarades, il était ordinairement bien portant, à Paris depuis deux ans, et malade depuis quatre semaines. Sa maladie avait débuté par des douleurs de ventre, la diarrhée, l'anorexie, la soif, une faiblesse considérable qui l'avait obligé de se mettre au lit, dès le premier jour. Les douleurs avaient cessé le neuvième, la diarrhée avait continué à peu près au même degré (six à huit selles en vingt-quatre heures) ; les sueurs avaient été fréquentes. D'ailleurs ni toux, ni frissons, ni céphalalgie, ni délire. — Le sujet n'avait mangé, depuis le début, que quelques soupes ; n'avait fait aucun excès, pris ni purgatif ni émétique ; il avait abandonné sa maladie à elle-même.

Le 2 novembre, il était dans l'état suivant : figure pâle, yeux mornes et languissants, affaissement profond, sans stupeur véritable, somnolence, décubitus dorsal ; ouïe un peu dure, pupilles médiocrement larges ; mémoire lente, mais fidèle, de manière que les mêmes questions, faites à différentes reprises, amènent toujours les mêmes réponses; faiblesse considérable, telle que le malade chancelle et est sur le point de tomber toutes les fois qu'il descend du lit pour aller au bassin ; langue sèche comme du bois, lentement et imparfaitement tirée, sans rougeur ; soif vive, anorexie, déglutition assez facile, ventre souple, indolent, insensible à la pression, dans toute son étendue ; trois selles pendant la nuit ; pouls extrêmement petit et faible, difficile à toucher du côté gauche, médiocrement accéléré ; bruit respiratoire pur, sans mélange de râle, respiration accélérée. *(Vésic. aux j. ; riz édulc. ; fom. émoll. sur l'abd. ; lav. ém.)*

Le malade urina au lit, eut deux selles, ne put aller au bassin sans aide, fut presque continuellement assoupi le

jour et la nuit. Le 3, au moment de la visite, il fit quelques réponses peu convenables, mais, un peu plus tard, l'intelligence parut complète; la physionomie était la même que la veille, le ventre très météorisé, toujours indolent; les autres symptômes comme le 2. *(Riz édulc.* ; *limon. muriat.; pot. ton. avec ext. de kk.* 16 grammes; *fom. arom.)*

Dans la journée, persistance de l'assoupissement, faiblesse considérable, nul délire, deux selles. Le 4, l'état du malade n'avait pas changé d'une manière sensible, il ne se plaignait de rien, assurait ne souffrir nulle part. *(pot. ton. av. ext. de kk.* 8 *grammes; lav. de k. camphré.)*

Jusqu'au 10, jour de la mort, les symptômes principaux n'offrirent que bien peu de changements; il n'y eut pas de stupeur, la faiblesse augmenta tous les jours, et le malade voulant aller à la selle, dans la nuit du 9 au 10, tomba à terre; ce qu'il se rappelait dans la matinée suivante. La veille, quelques amis étant venus le voir, il les avait reconnus et leur avait dit quelques mots. Il n'eut de délire dans aucun temps, mais il ne disait rien, ne se plaignait de rien, n'aimait pas à répondre aux questions qui lui étaient adressées. Le 8, m'étant aperçu, pour la première fois, d'une tumeur assez considérable au niveau de la parotide droite, il me dit souffrir dans cette région depuis cinq jours. La tumeur n'augmenta pas sensiblement de volume du 9 au 10, et la peau correspondante ne subit aucune altération. Le 8, il y avait, dans la région du sacrum, une eschare de 55 millimètres de hauteur, la langue était sèche, noirâtre, encroûtée, la déglutition souvent pénible, le ventre indolent comme à l'ordinaire, peu météorisé, bleuâtre dans plusieurs points: il n'y eut pas de selles du 6 au 9. Le pouls varia entre cent cinq et cent douze pulsations par minute.

Le 10, au matin, le malade semblait jouir de toute son in-

telligence, observait tout sans dire mot, et avait des vergetures sur les parois de l'abdomen. Il s'éteignit, le soir, à huit heures.

Outre la potion tonique, on ordonna, le 7, du vin d'Espagne que le malade prit toujours avec plaisir, dont il demandait encore le jour de sa mort; et, le 9, on ajouta 8 décigrammes de sulfate de quinine à la potion.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Ventre légèrement météorisé; ses parois de la même couleur, avec les mêmes vergetures que pendant la vie. Peau des vésicatoires des jambes presque entièrement détruite.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable; une cuillerée et demie de sérosité claire dans le ventricule latéral droit, un peu moins à gauche, deux dans les fosses occipitales inférieures. Pie-mère un peu injectée entre les circonvolutions cérébrales; substance corticale d'un rose tendre; la médullaire non piquetée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance. Le cervelet et la protubérance annulaire parfaitement sains.

Cou. Huit ulcérations sur le pharynx, dont six du côté gauche. Quelques-unes d'entre elles empiétaient sur l'épiglotte, ou s'étendaient à la base de la langue, avaient de 18 à 22 millimètres de surface, reposaient sur la tunique sous-muqueuse ou sur la musculaire. — La parotide droite était doublée de volume, d'un rouge brun mêlé de jaune à l'extérieur et à l'intérieur, où elle offrait un grand nombre de petits abcès de 2 à 5 millimètres de diamètre, isolés ou réunis, contenant un pus jaunâtre ou orangé, onctueux, qui baignait, sans intermédiaire, le tissu propre de la glande; tandis que

là où le pus n'existait pas, les grains glanduleux, partout plus ou moins roses, étaient séparés par un tissu cellulaire d'un rouge foncé, plus ou moins épais, beaucoup moins flexible que dans l'état naturel. — Le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. Il y avait deux cuillerées de sérosité dans le péricarde. Le cœur était un peu petit, un peu moins ferme que dans l'état normal, contenait une médiocre quantité de sang caillé. Celui de l'aorte, dont les parois avaient une blancheur parfaite, était liquide. Quelques adhérences celluleuses existaient entre les plèvres pulmonaire et costale du côté droit, et il y avait 16 grammes de sérosité sanguinolente dans la cavité de la plèvre gauche. Le poumon correspondant était presque aussi léger que dans l'état naturel, sans la moindre ta ce d'engouement, d'un rouge assez vif en général, noirâtre en arrière, où il était plus dense qu'ailleurs, tout en conservant beaucoup de souplesse. Le poumon droit offrait la même couleur, était hépatisé à son sommet et en arrière, dans un espace de 80 à 100 millimètres carrés ; offrait, dans ce point, quinze à dix-huit foyers de pus, de 2 à 5 millimètres de diamètre. Au-dessous, dans le même lobe, à peu de distance de la scissure, au milieu d'une portion de tissu sain, se trouvaient encore huit à dix abcès semblables, environnés d'un cercle hépatisé de 2 à 4 millimètres d'épaisseur. Le lobe inférieur lui-même, au centre d'un noyau hépatisé moins considérable que celui du sommet du poumon, présentait cinq petits foyers de pus, semblables aux premiers.—Les bronches étaient saines, tapissées par un peu de mucus jaunâtre.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac avait un petit volume, ne contenait aucune espèce de liquide. Sa membrane interne était enduite d'une médiocre quantité de mucus, et un peu ramollie dans le grand cul-de-

sac, grisâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables ailleurs, offrant, près du pylore, quelques petits points noirs, semblables à ceux qu'on observe si souvent au centre des cryptes du gros intestin, bien que d'ailleurs ils ne m'aient paru correspondre à rien de semblable. — Le duodénum était dans l'état naturel, à part un très léger ramollissement de sa membrane. — L'intestin grêle était un peu météorisé dans sa première moitié, offrait des taches grisâtres et bleuâtres à l'extérieur, dans la seconde, et à l'intérieur, une médiocre quantité de mucus jaune. Sa membrane muqueuse était grisâtre dans toute son étendue, à part les 60 millimètres voisins du cœcum où elle était bleuâtre et mince, d'une bonne consistance dans les deux premiers tiers, ramollie, ne donnant plus ensuite, par traction, que des lambeaux de 5 à 7 millimètres. Dans cette dernière partie se trouvaient quinze plaques elliptiques bleuâtres, à l'opposite du mésentère, de 40 à 50 millimètres de surface, ulcérées ou non ulcérées. Au fond des quatre ulcérations les plus rapprochées du cœcum, la tunique musculaire était à nu dans la largeur de 14 à 20 millimètres, un peu rouge et épaissie ; elle était recouverte par une lame mince de tissu cellulaire au fond de deux autres, dont le pourtour était plus ou moins affaissé. Les plaques bleuâtres, non ulcérées, formaient une saillie très marquée, principalement due à la tunique muqueuse qui avait, dans ce point, un millimètre d'épaisseur, un peu moins de consistance que dans l'état naturel, et un peu plus que chez le sujet de l'observation précédente. Le tissu sous-muqueux était aussi plus épais que d'ordinaire, grisâtre ; et, dans quelques points fort rétrécis où il était presque à nu, il avait une couleur bleuâtre. La structure de la partie non détruite des plaques ulcérées était la même. Entre les unes et les autres se trouvait un assez grand nombre de cryptes mi-

liaires, de même couleur, non ulcérées. — Le gros intestin était très météorisé, recouvrait l'estomac et refoulait le foie vers la cinquième côte. Il contenait une assez grande quantité de matières fécales, pultacées dans sa première moitié, moulées dans la seconde. Sa membrane muqueuse était grisâtre, mince, ramollie, de manière à ne pouvoir être enlevée par traction. Le cœcum offrait trois ulcérations de 18 à 23 millimètres de surface, à fond musculaire, et, dans le reste de l'étendue de l'intestin, on voyait un assez grand nombre de taches grisâtres et bleuâtres, de deux millimètres de diamètre environ, vis-à-vis lesquelles la muqueuse, rarement le tissu cellulaire sous-muqueux, était détruite.— Les glandes mésentériques étaient noirâtres, un peu ramollies, augmentées de volume, mais proportionnément moins que les mésocolites, ne contenaient pas de pus. — Le foie était molasse et pâle ; la bile de la vésicule très abondante, grisâtre et verdâtre, très liquide. — La rate était doublée de volume, d'un rouge lie de vin, très ramollie. — Le bassinet du rein droit formait, du côté de la colonne vertébrale, une saillie due à 12 grammes de pus, ou environ, qu'il contenait, sans le moindre calcul. Sa membrane interne offrait un grand nombre de taches d'un rouge foncé, de 2 millimètres de diamètre, plus ou moins confluentes ou éloignées; elle était ferme, au moins quadruplée d'épaisseur, assez adhérente au tissu sous-jacent, dont l'épaississement était moins considérable. L'uretère correspondant avait le même aspect que le bassinet, était plus étroit que le gauche, un peu béant à l'intérieur de la vessie. Les parois du rein droit étaient un peu moins épaisses que dans l'état naturel, ramollies, d'un rouge inégalement foncé, piquetées de points jaunes, à son extrémité inférieure surtout. Le rein gauche contenait un peu d'urine trouble, était plus rouge que dans l'état normal. Aucune

trace de pus dans la vessie, dont la membrane muqueuse était légèrement tachée de rouge, et d'ailleurs saine.

Malgré l'absence du délire et le calme qui ne cessa d'exister pendant le cours de l'affection, il n'est pas possible de se méprendre sur sa nature ; soit à raison de la diarrhée, dont le début avait été le même que celui de la maladie, comme dans la plupart des cas ; soit, et surtout à raison de la faiblesse qui avait eu lieu à la même époque, et dont les progrès rapides étaient peu en harmonie avec les lésions apparentes et le nombre modéré des selles ; soit à raison de la tendance au sommeil, de l'assoupissement, et bientôt du météorisme, de l'extrême répugnance du malade à l'exercice des facultés intellectuelles. Et l'on trouva, effectivement, à l'ouverture du cadavre, les plaques elliptiques de l'iléum plus ou moins altérées, ulcérées, dans le voisinage du cœcum surtout. Mais cette altération, et c'est principalement ce qui doit nous arrêter, avait un caractère bien différent de celui que nous avons observé jusqu'ici. Tandis que les plaques étaient d'un rouge plus ou moins vif chez les individus qui sont l'objet des observations des deux premiers chapitres, grisâtres et rouges chez le dernier, elles étaient, chez celui-ci, d'un gris bleu, sans mélange de rouge ; et cette couleur était plus foncée contre la valvule iléo-cœcale que partout ailleurs. La membrane muqueuse ainsi altérée dans sa couleur, était, en outre, moins épaisse et beaucoup moins ramollie que dans les autres cas dont l'histoire précède ; de manière que tout semble indiquer qu'elle avait subi, à une certaine époque de la maladie, une altération semblable à celle des plaques rouges, épaissies, ramollies, ulcérées ou non ulcérées, des premiers sujets ; que cette triple lésion, déjà un peu diminuée ou altérée dans l'observation précédente, l'était davan-

tage dans celle-ci, et qu'on peut rigoureusement admettre qu'à une époque plus éloignée encore, la couleur bleue des plaques, leur épaississement et leur ramollissement eussent été beaucoup moindres, et auraient fini par disparaître. On conçoit aussi que dans le cas où les plaques elliptiques de l'intestin n'auraient pas été ulcérées, on pourrait ne trouver aucune trace de l'affection qui nous occupe, si le sujet qui en aurait été atteint venait à succomber à une autre maladie, un mois, deux mois après la convalescence de la première. Ajoutons que le pourtour de quelques ulcérations de l'iléum était affaissé, ce qui indiquait, comme nous le verrons plus clairement tout à l'heure, un commencement de cicatrisation.

Les glandes mésentériques, encore volumineuses et ramollies, avaient une couleur noirâtre, conséquemment très différente de celle que nous avons observée jusqu'ici, mais analogue à celle des plaques elliptiques de l'iléum ; en sorte qu'on ne saurait douter que la lésion qu'elles avaient éprouvée n'eût aussi plus ou moins rétrogradé à la mort du sujet. Cette exacte correspondance entre l'état des glandes mésentériques et celui des cryptes agminées de Peyer, montre d'ailleurs combien il importe de noter avec soin tout ce qui leur est relatif, puisqu'on pourrait, jusqu'à un certain point, conclure l'altération des unes par celle des autres, ou tout au moins s'aider de la connaissance de l'une pour arriver à une estimation plus exacte de l'autre.

Les ulcérations du gros intestin ramènent naturellement aux réflexions faites sur le même sujet dans la dernière observation, ce qui me dispense d'y revenir. Mais je remarquerai que les glandes mésocolites étaient proportionnément plus volumineuses que celles du mésentère; ce qui semble indi-

quer qu'elles n'avaient pas rétrogradé, et que l'altération de l'iléum était antérieure à celle du gros intestin.

D'autres lésions, celles de la parotide, des poumons et des reins du côté droit, n'étaient guère moins dignes d'attention que les précédentes, bien que secondaires et développées dans les derniers temps de l'affection, au moins suivant toutes les probabilités. On ne pouvait, en effet, reporter l'inflammation de la parotide au-delà des huit jours qui ont précédé la mort du sujet, et le caractère du pus étant le même dans cet organe et dans le poumon, il n'y a aucune raison de placer le début de l'inflammation de ces deux organes à des époques différentes. On peut en dire autant par rapport au bassinet du rein droit. Et cette coïncidence ne rend que plus remarquable le calme du sujet, que rien n'a pu troubler, ni cette triple lésion dont la marche fut rapide, ni celles de l'intestin grêle et du colon. D'ailleurs, si ce calme inébranlable atteste une prédisposition marquée, l'inflammation simultanée du rein, du poumon et de la parotide du côté droit, n'en suppose pas une moindre d'un autre genre.

Ces trois dernières lésions avaient leur siége dans des organes pairs, et seulement du côté droit. Était-ce une simple coïncidence, ou ce fait est-il du nombre de ceux qui doivent justifier la distinction qui a été faite du corps de l'homme et droit et gauche? (1)

Encore une remarque au sujet de la parotide. Si elle n'eût fait une saillie qui fixa l'attention, je n'aurais pas interrogé le malade à son sujet, j'aurais ignoré et les douleurs qu'il y avait senties, et l'époque du début de l'affection. Ce qui serait arrivé pour la parotide, arrive tous les jours pour d'au-

(1) Ces suppurations multiples étaient probablement le résultat d'une phlébite, qui aura été méconnue pour n'avoir pas été cherchée avez assez de soin.

tres viscères, et indique la nécessité d'interroger souvent toutes les fonctions, même celles dont les organes ne semblent pas souffrants; sans quoi les faits les plus importants nous échapperaient.

Je reviendrai plus tard sur l'état du rein droit, et je passe à l'exposition d'un fait dans lequel la marche rétrograde de l'affection est encore plus avancée que dans celui-ci.

XVIe OBSERVATION.

Frissons, affaiblissement, diarrhée au début; puis délire, sudamina extrêmement larges et nombreux; diminution, cessation des symptômes; érysipèle gangréneux de la jambe gauche; eschares à l'épaule droite et au sacrum; mort au *quarante-troisième jour*.— Plaques elliptiques de l'iléum bleues, ulcérées ou non, cicatrisées ou non; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, violacées, assez fermes, contenant du pus, etc., etc.

Un maçon, âgé de vingt-six ans, d'une constitution peu forte, assez sujet au rhume, à Paris depuis cinq mois, tomba malade le 22 juillet 1824, et fut admis à l'hôpital de la Charité, le 27, alors au lit depuis deux jours et ayant cessé ses occupations depuis quatre. Au début, céphalalgie, sentiment de faiblesse, chaleur forte sans frissons préalables, bientôt suivie de sueurs; soif, anorexie, douleur légère à l'épigastre, diarrhée. Ces symptômes continuèrent, la céphalalgie pendant deux jours, la douleur à l'épigastre et la diarrhée pendant quatre; les sueurs se renouvelèrent à différentes reprises. Il y eut des bourdonnements d'oreilles et quelques épistaxis, les deux premiers jours. — Le malade prit de l'eau de riz vineuse pour boisson.

Le 28: figure couverte de sueur, médiocrement colorée, stupeur légère, intelligence obtuse, réponses lentes, mais justes, assoupissement facile à rompre; yeux languissants, non injectés; parfois bourdonnements d'oreilles, sans surdité;

chairs mollasses, mouvements lents et pénibles ; langue humide et d'un rose vif au pourtour, sèche et rousse au centre, bien tirée, mais laissée entre les dents long-temps encore après avoir été sortie; ventre bien conformé, insensible à la pression; chaleur élevée, sudamina nombreux au ventre et à la poitrine; pouls à quatre-vingt-quinze, sans largeur; respiration peu accélérée, plus forte antérieurement à droite qu'à gauche, et en arrière dans un sens opposé; le décubitus avait ordinairement lieu sur le dos. (*Limon.* bis ; *petit-lait* bis ; *lav. ém. ; vésic. aux jambes.*)

Il n'y eut rien de remarquable et point de diarrhée les deux jours suivants. Le 31, la physionomie était à peu près la même que l'avant-veille, l'assoupissement continu, le malade urinait sous lui, avait eu, la veille, deux évacuations alvines pour lesquelles il s'était présenté au bassin; la langue était sèche, rousse et encroûtée au centre, les dents et les lèvres non moins encroûtées, le ventre indolent; on voyait quelques taches roses, lenticulaires, à sa surface; les sueurs continuaient, étaient très fétides, les sudamina plus nombreux que le premier jour, la respiration médiocrement accélérée, le bruit respiratoire pur des deux côtés. (*Vésic. aux cuisses;* sécher ceux des jambes.)

Le 1er août : figure plus naturelle et moins rouge, langue un peu humide et blanchâtre, presque dépouillée en arrière ; pouls assez large et redoublé, un peu mou; éruption de taches assez rapprochées, roses, lenticulaires; sudamina plus gros et plus nombreux que la veille, sur toute la partie antérieure du ventre.

Le 2 : stupeur légère, oreille un peu dure, bourdonnements par intervalles, réponses lentes mais justes, yeux sans injection ; langue sèche et croûteuse peu après avoir bu ; légère douleur à l'ombilic, ventre plat, quelques selles liqui-

des ; pouls à quatre-vingt-dix, assez ferme ; chaleur médiocre, sueur copieuse, sudamina nombreux au ventre et aux cuisses, à leur partie supérieure surtout, de 2 à 5 millimètres de diamètre. Dans leur intervalle, l'epiderme semblait seulement appliqué contre le derme, et il suffisait d'un léger frottement de l'extrémité du doigt, sur une partie quelconque du ventre, pour enlever l'épiderme qui laissait humide la partie de la peau qui en était privée. (*Lav. de lin ; limon.*, bis.)

Du 2 au 7, l'assoupissement devint successivement plus considérable ; il n'y eut ni céphalalgie, ni délire ; les yeux furent un peu injectés le 5, la langue alternativement sèche et humide, rouge au pourtour, la soif vive, le ventre plat, les selles rares (une à deux dans la journée). Les taches roses lenticulaires, extrêmement nombreuses, occupaient la cinquième partie de la surface du ventre, le 5, étaient moins rapprochées, le 6 ; la chaleur fut assez élevée, les sueurs abondantes, les sudamina toujours larges et nombreux, le pouls médiocrement accéléré, un peu vacillant. (*Le 3, on ordonna, outre trois pots de limonade, un pot d'infus. de kk., une potion gommeuse avec 8 grammes d'extrait de kk., et des fomentations aromatiques ; le 5, on ajouta 4 grammes d'extrait à potion, et on donna une demi-bouteille de vin qui fut continuée les jours suivants, le malade n'éprouvant d'ailleurs aucun effet appréciable de cette médication.*)

Les vésicatoires des cuisses et des jambes ayant un mauvais aspect furent pansés, pendant deux jours, avec le cérat camphré qui excita une rougeur et une douleur assez vives ; accidents qu'on arrêta en revenant au cérat simple. Le 8, douleur, tumeur dans l'aine droite, rougeur vive peu étendue à la cuisse gauche, sans augmentation bien sensible de son volume ; rougeur semblable à la jambe correspondante,

dans tout son pourtour, à l'exception de la largeur de 40 millimètres, accompagnée d'une légère tuméfaction. Les vésicatoires de ce côté étaient presque secs, les autres entièrement ; la figure était naturelle, l'intelligence complète, la langue rouge et humide, la soif intense, les taches roses de l'abdomen encore nombreuses, la chaleur forte, le pouls très accéléré et étroit. *(Même prescription.)*

Le 9, augmentation du volume de la jambe gauche, surtout inférieurement où elle était œdémateuse. Du 10 au 12, extension progressive de l'érysipèle jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, rougeur inégale de la jambe devenue très volumineuse, saillies, duretés de la peau dans les points les plus vivement colorés. Le 13, le volume de la jambe était le même que dans l'œdème parvenu au plus haut degré, et, sur les taches bleuâtres du pied, déjà observées la veille, l'épiderme était soulevé. Le 16, ces taches étaient d'un blanc jaunâtre, et, à leur pourtour, la peau était légèrement saillante et d'une teinte rose. Le 17, une petite quantité de pus de bonne qualité s'échappait autour de l'eschare, et elle devint chaque jour plus considérable ; la peau s'éloignait, dans la même progression, de l'eschare qui tomba le 20 par lambeaux ; le pus était alors horriblement fétide, et plusieurs tendons à découvert. Le 22, la chute de l'escharre était presque complète ; le 23, le ligament annulaire était à nu ; le 29, c'était le muscle pédieux tout entier, et ce même jour, comme depuis le 25, le pus était séreux, la plaie ne cessait de s'agrandir.

En même temps que ces progrès de l'érysipèle avaient lieu, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané offraient, dans d'autres points, des altérations non moins graves. Il y avait, le 26, à la base et un peu à droite du sacrum, une fluctuation manifeste et une ulcération superficielle de 50 à 80

millimètres de surface. Une ulcération semblable existait aussi alors près du coccyx, et la région des grands trochanters était d'un rouge vif. Le 22, la peau était détruite dans la largeur de 25 millimètres, vis-à-vis l'épaule gauche; et cette plaie, comme celle du sacrum, fit de continuels progrès jusqu'au 3 septembre, jour de la mort.

Pendant cette période de près d'un mois, l'assoupissement n'eut lieu que par intervalles, il n'y eut de délire que dans la nuit du 12 au 13, et, à cela près, l'intelligence fut dans un état assez satisfaisant. Les traits n'offrirent de profonde altération que la veille de la mort; les forces diminuèrent assez lentement, et, le 26 juillet, le malade mangeait la soupe, appuyé sur son coude droit, sans se hâter. — Sa langue, rouge et humide au pourtour du 9, au 13, fut, après cette époque, dans l'état naturel. La soif, assez vive jusqu'au 17, fut très peu considérable ensuite. Il n'y eut ni nausées, ni vomissements, ni coliques. Les selles furent liquides ou pultacées, au nombre de trois à quatre par jour, du 9 au 13, plus rares ensuite, ordinairement quotidiennes, de plus en plus consistantes, quelquefois naturelles. — Le pouls, à peine un peu accéléré le 14, fut, terme moyen, à quatre-vingt-quatorze jusqu'au 21; puis plus petit et plus faible, ordinairement à cent dix. Il y eut, par intervalles, des sueurs ou des moiteurs fortes, et quelquefois, à partir du 20, la chaleur fut considérable dans la soirée. Les sudamina étaient énormes, le 13, au jarret. — Les crachats furent plus ou moins verdâtres, épais et abondants, du 17 au 20; et, de loin en loin, il y eut des douleurs à la poitrine, dont la percussion resta sonore dans toute son étendue. Le 25, douleurs vives sous la mamelle droite, râle muqueux ou crépitation large dans le même point. Le 27 au soir, crachats nuancés de rose, sans viscosité, crépitation fine du côté droit, percussion tou-

jours sonore ; et elle continua de l'être les jours suivants.

Le 3 septembre, deux heures et demie avant la mort, les mains et les avant-bras étaient froids, les lèvres décolorées, la figure souffrante, la respiration embarrassée.

On continua la limonade et les fomentations aromatiques ; on prescrivit, en outre, une infusion de kk. acidulé, et deux verres de vin jusqu'au 25. Le 21, le malade mangeait deux crèmes de riz. Ses plaies furent pansées avec le cérat camphré, uni, pendant quatre jours, à parties égales de poudre de kk.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Membres flasques ; glandes inguinales du côté gauche quadruplées de volume, d'un rose assez vif, d'une bonne consistance. Toute la face dorsale du pied gauche était à nu, grisâtre, couverte d'une fausse membrane molle, qu'on ne pouvait enlever par traction ; les tendons étaient dénudés, sains, d'une bonne consistance, plus faciles à séparer des fibres musculaires qui s'y rendaient, que dans l'état normal ; la peau était décollée au pourtour de la plaie, dans la largeur d'un pouce généralement, et, en arrière, jusqu'au milieu du mollet, grisâtre, épaisse dans ces parties. Les vaisseaux qui adhéraient à sa face interne, étaient d'une bonne consistance. Pareil décollement avait lieu à l'épaule gauche, moins considérable seulement, et il s'arrêtait un peu au-dessus de l'aisselle. Les glandes axillaires, un peu augmentées de volume, l'étaient également des deux côtés.

Tête. Feuillet de l'arachnoïde correspondant à l'hémisphère supérieur du cerveau épais et opaque ; granulations arachnoïdiennes blanches et nombreuses contre la scissure

médiane ; infiltration de sérosité considérable entre l'arachnoïde et la pie-mère ; une cuillerée du même liquide, parfaitement clair, dans chacun des ventricules latéraux ; deux à la base du crâne. Substance corticale du cerveau un peu pâle ; substance médullaire non injectée, un peu moins ferme que dans l'état naturel.

Cou. Glandes lymphatiques plus volumineuses que de coutume. Le larynx et la trachée-artère légèrement nuancés de rose.

Poitrine. Cœur un peu pâle, d'ailleurs parfaitement sain. Aorte tachée de rose par intervalles.— Un peu moins d'un litre de sérosité rouge dans la plèvre gauche. Poumon correspondant libre et un peu lourd, par suite de la présence d'une médiocre quantité de liquide rouge, non aéré, dans le parenchyme de son lobe inférieur, dont le tissu était encore distinct. Son lobe supérieur avait généralement une teinte rose, et, à son sommet, une couleur jaunâtre, produite par une tumeur irrégulièrement arrondie, de 25 millimètres de diamètre environ, formé par une espèce de tissu filamenteux qui tenait, dans un point, au parenchyme pulmonaire. Au milieu de ce tissu se trouvait une matière rougeâtre, comme pulpeuse, et, à son pourtour, une couche assez mince de pus jaunâtre, limitée par une fausse membrane molle, de même couleur, appliquée sur une autre membrane plus ferme, grisâtre, d'un quart de millimètre d'épaisseur, et tapissait le tissu pulmonaire environnant, lequel était parfaitement sain. La plèvre droite était recouverte, dans presque toute son étendue, par une fausse membrane peu consistante, blanchâtre ou rougeâtre, et elle contenait plus d'un litre de liquide rouge clair. Le poumon du même côté offrait un léger engouement à son sommet, et, près de son bord tranchant, deux tumeurs de 12 à 15 millimètres de diamètre ; l'une

d'elles, semblable à celle du poumon gauche, l'autre presqu'entièrement vide et ne contenant qu'une petite quantité de liquide jaunâtre.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état normal, à part sa membrane musculaire qui avait environ 2 millimètres d'épaisseur, beaucoup plus, dès lors, que dans l'état naturel. — L'estomac était d'un médiocre volume, contenait un liquide jaunâtre. Sa membrane muqueuse était blanche et nuancée de rose dans le grand cul-de-sac, grisâtre et mamelonnée ailleurs, où elle était recouverte d'un mucus visqueux, cassante le long de la petite courbure, un peu épaissie dans le trajet de la grande, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans le reste de son étendue, si ce n'est dans la portion mamelonnée où il y avait quelques amincissements partiels. — L'intestin grêle avait son volume ordinaire, était grisâtre et bleuâtre à l'extérieur, principalement vis-à-vis les plaques elliptiques de l'iléum, et il contenait une assez grande quantité de mucus jaune. Sa membrane interne était mince, piquetée de gris, avait un aspect grisâtre dans toute son étendue, et, à part le dernier mètre, où elle était ramollie, une consistance convenable. Les plaques elliptiques étaient étroites, allongées, bleuâtres, visibles dans l'iléum seulement; et, dans le mètre voisin du cœcum, presque toutes offraient plusieurs ulcérations. Celles-ci, au nombre de deux à cinq sur chaque plaque, avaient de 5 à 7 millimètres de diamètre; plusieurs présentaient la tunique musculaire à nu, des bords décollés dans la largeur de 2 millimètres et plus, et, près du cœcum, le pourtour de quelques-unes d'entre elles était affaissé, leur centre tapissé par un feuillet extrêmement mince, comme séreux, continu avec le tissu sous-muqueux du pourtour. Les deux derniers 50 millimètres de l'iléum étaient un peu boursouflés, d'un gris

bleuâtre, ne présentaient, pour ainsi dire, qu'une plaque sur laquelle on voyait six petites ulcérations, les unes à fond musculaire, les autres cicatrisées, comme les dernières décrites. Des cryptes miliaires, roussâtres, irrégulièrement arrondies et assez nombreuses, se trouvaient encore dans le voisinage de l'iléum, dans la longueur d'un mètre et d'un quart de mètre environ.—La membrane muqueuse du gros intestin était un peu ramollie dans le colon gauche, un peu rouge dans le rectum, d'une couleur, d'une épaisseur et d'une consistance convenables partout ailleurs. Le rectum contenait une grande quantité de matières fécales moulées ; ces matières étaient pultacées, et beaucoup moins abondantes ailleurs.— Les glandes mésentériques correspondantes à l'iléum étaient volumineuses, bleuâtres, médiocrement ramollies, offraient un peu de pus ou de matière jaunâtre pultacée, ou seulement des points de cette couleur. Les glandes mésocolites étaient petites et bleuâtres; les lombaires volumineuses et du même aspect. — Le foie était mollasse, d'une teinte un peu plus obscure que dans l'état naturel, la bile de la vésicule très liquide et peu abondante. — La rate était petite et saine; le pancréas grisâtre et bleuâtre dans toute son épaisseur. — L'appareil des voies urinaires était dans l'état naturel.

Sans revenir d'une manière détaillée sur tous les symptômes éprouvés par le malade, je rappellerai qu'ils étaient ceux des fièvres typhoïdes les plus graves; que les premiers d'entre eux indiquaient l'intestin comme le siége de l'affection, qu'ils se sont dissipés après un certain temps et ont été remplacés par un érysipèle à la jambe gauche; que si, dans les deux observations précédentes, où les symptômes typhoïdes ont persisté jusqu'à la mort, les plaques elliptiques étaient en voie de guérison, elles étaient plus avancées, dans la même

voie, ici, où ces symptômes avaient cessé plusieurs jours avant le terme fatal. Car outre la couleur bleuâtre des plaques et l'affaissement des bords de quelques ulcérations qui existaient dans le dernier cas, il y avait, dans celui dont il s'agit, sur plusieurs des petits ulcères les plus rapprochés du cœcum, une pellicule mince, luisante, comme séreuse, qui formait une véritable cicatrice. Aucune raison d'ailleurs de croire ces cicatrices antérieures à la maladie, soit parce que leur largeur était la même que celle d'autres ulcérations non cicatrisées, évidemment récentes ; soit parce qu'elles avaient pour siège les ulcérations qui, ayant dû être les premières formées, devaient aussi être les premières cicatrisées.

Encore que je n'aie noté ni l'épaisseur, ni la consistance des plaques de l'iléum, que, sous ce rapport, la description de l'intestin grêle soit incomplète, on ne saurait douter qu'à une certaine époque de l'affection ces plaques n'aient été plus ou moins vivement enflammées; car, ulcérées ou non ulcérées, toutes avaient une même couleur bleuâtre. D'un autre côté, les glandes mésentériques correspondantes étaient, sans exception, plus ou moins volumineuses, violacées, ramollies; plusieurs d'entre elles contenaient du pus, et portaient ainsi la trace évidente d'une inflammation aiguë, sans doute consécutive à celle des plaques; en sorte que la couleur bleue de celles-ci doit être considérée comme une des suites plus ou moins éloignées de leur inflammation.

S'il est incontestable que l'affection qui nous occupe ait été la cause occasionnelle de l'érysipèle, il y avait, il faut en convenir, une grande disproportion entre l'effet et la cause apparente ; et rien ne démontre mieux que de semblables observations l'existence des causes prédisposantes, sans lesquelles il serait impossible de rien concevoir, et tout ne serait que contradiction dans l'histoire des maladies. Sans les prédis-

positions, en effet, comment concevoir que dans le cours d'une même affection, dans des circonstances analogues en apparence, la membrane muqueuse de l'estomac soit profondément affectée dans un cas, que dans l'autre ce soit la peau, dans un troisième la membrane muqueuse du pharynx, etc ? Une chose très remarquable ici d'ailleurs, c'est le peu d'influence de l'érysipèle sur l'état général du sujet, malgré l'énormité du désordre. On ne doit pas non plus oublier, relativement aux causes, que le malade n'ayant pas eu un délire violent, ne fut pas attaché ; qu'on ne saurait, par conséquent, attribuer son érysipèle à une cause extérieure, à une pression quelconque.

La mort, rendue inévitable par les progrès de l'érysipèle, aurait sans doute encore été retardée de quelques jours sans le développement d'une pleurésie aiguë du côté droit. Les tumeurs jaunâtres des poumons eurent aussi leur part dans la terminaison funeste de la maladie Je n'en ai trouvé d'à peu près semblables que chez un autre sujet mort des suites d'une affection aiguë, différente de celle dont il s'agit; et, dans l'état actuel de la science, il me semble impossible d'en assigner la nature, et par conséquent de savoir si elles étaient antérieures ou consécutives au début de la maladie principale, bien que cette dernière supposition me paraisse de beaucoup la plus vraisemblable.

Terminons ces remarques, en observant que l'état du cerveau, assez analogue à celui des sujets qui succombent à des affections chroniques, était fort différent de celui qu'on observe quand la maladie a une marche plus rapide ; étant beaucoup moins ferme et contenant plus de sérosité que dans ce cas, soit dans les ventricules, soit au dessous de l'arachnoïde.

L'observation suivante, en nous donnant l'exemple de cica-

trices plus larges et plus nombreuses, sera, en quelque sorte, le complément de ce qui a été dit jusqu'ici.

XVIIe OBSERVATION.

Diarrhée, météorisme, délire, puis affaissement profond; abcès au cou; convalescence apparente au vingt-deuxième jour; retour du délire du trente-cinquième au quarantième; mort *ce dernier jour*. — Plaques de l'iléum cicatrisées; glandes mésentériques correspondantes d'un volume assez considérable, d'un gris ardoisé, d'une médiocre consistance, volumineuses, peu ramollies; membrane muqueuse du colon très ramollie; tumeurs purulentes ou non purulentes dans le foie; fausse membrane sur la dure-mère.

Un commissionnaire, âgé de vingt-un ans, d'une constitution assez forte, d'un embonpoint médiocre, était malade depuis huit jours, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 2 décembre 1822. Il y vint seul, à pied, jouissant de toute l'intégrité de son intelligence; mais il fut pris, le soir même de son arrivée, d'un délire violent, quitta son lit pendant la nuit, et l'on fut obligé de l'y maintenir avec le gilet de force. L'affection avait débuté par une céphalalgie assez intense, accompagnée de fièvre.

Le 3 : figure médiocrement colorée, injection légère des téguments, sens intègres, répugnance à l'exercice de la parole, nulle espèce de douleur dans aucun point; langue sèche et noirâtre, ventre météorisé, insensible à la pression; pouls régulier, à soixante-dix-huit, sans caractère particulier, chaleur douce et humide; toux sèche par intervalles, respiration accélérée, bruit respiratoire pur et sans râle. (*Saignée de trois cent-soixante grammes; fom. émoll.; vésic. aux jambes; petit-lait; lav.*)

Deux heures après la saignée le malade répondait plus volontiers aux questions; mais ses réponses étaient quelquefois

ridicules; son ventre encore plus météorisé, plus insensible, s'il se peut, à la pression ; le pouls à quatre-vingt-dix.

Il n'y eut pas de selles, l'urine fut fréquente et involontaire, le délire cessa dans le jour, reparut pendant la nuit, un peu moindre que dans la précédente, et avec le même caractère. Le 4, au moment de la visite, stupeur légère, expression d'étonnement; deux heures plus tard, au milieu du sommeil, la figure était assez naturelle, mais on observait, par intervalles, des mouvements convulsifs dans les lèvres; le pouls était peu accéléré.

Dans la journée le malade eut peu de délire; il se plaignit beaucoup du ventre, et n'eut de selles que par lavements. La nuit fut calme. Le 4, la tête était encore un peu *embarrassée*, l'intelligence d'ailleurs complète, les traits un peu affaissés, la langue légèrement encroûtée, bien qu'humide et visqueuse, le ventre ballonné; le besoin d'aller à la selle se faisait sentir.

Depuis cette époque jusqu'au 3 janvier, trois jours avant la mort, je fis les remarques suivantes. Il n'y eut pas de délire, la céphalalgie fut rare, l'exercice de l'intelligence pénible et lent, la somnolence assez fréquente. La figure était décolorée le 10 décembre; le 11, le malade ne répondait que par oui et par non ; le 13, il disait à grand'peine, avoir mal partout, semblait comme anéanti ; et, à sa figure décolorée, on l'aurait dit près de s'éteindre. Il en fut à peu près de même les jours suivants; et, du 18 au 23, l'exercice de la parole lui répugnait à tel point qu'il ne s'exprimait que par signes. Le 23, il était, les genoux fléchis, dans l'attitude d'un homme qui se repose d'une longue fatigue ; ses paroles étaient beaucoup plus assurées le 26, et, le 31, loin d'être dans l'affaissement, il se défendait avec énergie de prendre la potion qu'on lui avait prescrite. — On observa, le 1er décembre, dans la

région de la parotide droite, un gonflement qui fit d'abord peu de progrès, et devint considérable du 14 au 18, en sorte qu'on fut obligé, ce dernier jour, de faire l'ouverture de la tumeur qui contenait une grande quantité de pus verdâtre, sans odeur. L'incision fut pratiquée sans que le malade donnât le moindre signe de souffrance. — Il y eut de deux à quatre selles dans la journée, du 15 au 20; elles furent nombreuses et involontaires dans les nuits du 19 au 21, puis en même quantité qu'auparavant, et rares ou quotidiennes, d'une assez bonne consistance, du 25 au 31. La fosse iliaque droite était le siége d'une douleur assez vive, le 13 décembre, et, du 24 au 31, le ventre, en général, et surtout les flancs, furent plus ou moins douloureux. Il en fut de même de l'épigastre, du 28 décembre au 2 janvier, et il y eut des vomissements de bile, pendant la nuit, dans le même espace de temps. La langue, croûteuse, noirâtre, un peu épaisse et humide, du 8 au 11 décembre, fut plus naturelle, non encroûtée ensuite, et elle ne devint sale que dans les quatre derniers jours de l'affection. — Le pouls battit de quatre-vingt-huit à quatre-vingt-seize fois par minute, du 11 au 17; il était plus calme le 20, plus fréquent au contraire le 25 et les jours suivants. — La respiration fut médiocrement accélérée, et le bruit respiratoire assez souvent pur, exempt de râle sonore.

Le 3 janvier, à l'heure de la visite, la figure était cadavéreuse en quelque sorte, bien que le malade répondît avec vivacité aux questions et demandât du vin. Dans la soirée, il eut du délire, et, à part quelques intervalles lucides dans lesquels on l'entendait dire qu'il allait mal, qu'il fallait mourir, ce délire, accompagné d'un bredouillement continuel, persista jusqu'à la mort.

On ordonna, les 10 et 16 décembre, des vésicatoires aux

membres inférieurs, une infusion et des lavements de kk. le 18 : le 20, une potion avec 90 grammes de vin de kk., 60 grammes de sirop et 8 grammes d'extrait de kk., et cette potion fut continuée jusqu'au moment où le malade, ayant des vomissements, fut mis à l'eau de Seltz. Il but aussi, du 20 au 30, deux tasses de vin dans la journée, prit quelques laits-de-poule ou des demi-bouillons.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Point de vergetures ; teinte jaunâtre universelle.

Tête. Cinq à six filaments humides et polis unissaient les deux feuillets de l'arachnoïde, au-dessus des lobes antérieurs du cerveau. Une matière jaunâtre, demi-liquide, membraniforme, tapissait une partie de la dure-mère supérieure. On trouvait de légères traces d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde, une cuillerée et demie de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, et un peu plus dans les fosses occipitales. Le cerveau était un peu moins ferme que dans l'état naturel.

Cou. L'abcès qui avait fourni le pus était borné, supérieurement, par l'arcade dentaire supérieur; inférieurement, par le bord libre de la mâchoire inférieure ; à droite, par le sterno-cléido mastoïdien et le ptérygoïdien externe ; à gauche, par le pharynx ; antérieurement, par la mâchoire et le tissu cellulaire du cou; postérieurement, par les muscles qui s'attachent à l'apophyse mastoïde et par la colonne vertébrale. Ses parois étaient grisâtres, les muscles qui en faisaient partie sans altération sensible ; et, sauf un petit abcès de la grosseur d'un pois, la parotide elle-même était saine.

Poitrine. Les poumons étaient libres et mous. Le droit offrait à son sommet, et sous la plèvre immédiatement, un tu-

bercule de la grosseur d'une noisette ; le gauche, plusieurs bronches dilatées jusque dans leurs dernières ramifications, qui avaient 9 millimètres, ou un peu moins de développement. Il n'y avait pas de liquide épanché dans les plèvres. — Le cœur et l'aorte étaient sains.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac était d'un médiocre volume. Sa membrane muqueuse offrait des rougeurs pointillées ou continues, disposées en forme de réseau dans le grand cul-de-sac, et près du cardia surtout; elle était un peu ramollie, dans ce dernier point seulement, et d'une épaisseur convenable dans toute son étendue. — Le duodénum n'avait rien de remarquable. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était dans l'état naturel, si ce n'est dans la dernière moitié de l'iléum, où elle offrait trois espèces de lésions que je vais décrire successivement : 1° beaucoup de cryptes, miliaires pour la plupart, blanchâtres, adhérentes au tissu sous-muqueux, parmi lesquelles plusieurs avaient 2 millimètres de large et offraient un commencement d'ulcération ; 2° des plaques elliptiques, blanchâtres, piquetées de bleu, à l'opposite du mésentère, épaissies, autant par suite du développement de la muqueuse qui était un peu ramollie, que par celui du tissu sous-jacent; 3° d'autres plaques de même forme, plus rapprochées du cœcum, de 25 à 70 millimètres dans leur grand diamètre, grisâtres et bleuâtres, d'un aspect lisse et poli, brillant, plus ou moins déprimées; la plupart avec un bourrelet étroit, peu saillant à leur pourtour. L'une d'elles, la plus voisine de l'estomac, offrait deux parties bien distinctes ; l'une, tournée du côté de ce viscère, ayant la même structure que les premières plaques ; l'autre, lisse, brillante, déprimée comme celles dont il s'agit, et, comme elles, dépourvue de membrane muqueuse. Celle-ci finissait près de

leur pourtour, et adhérait, dans ce point, à une pellicule extrêmement mince, de l'aspect des membranes séreuses, qui recouvrait la tunique musculaire et se continuait avec le tissu sous-muqueux de la portion de plaque non détruite. Deux de ces plaques offraient, au milieu des parties cicatrisées, des débris de membrane muqueuse qui avaient échappé à la destruction; tandis qu'au milieu de quelques autres la tunique musculaire était à nu dans une petite largeur. — La membrane muqueuse du gros intestin était très ramollie et d'une médiocre épaisseur. — Les glandes mésentériques avaient un volume assez considérable, une couleur gris ardoisé, une médiocre consistance. — Le foie avait sa fermeté naturelle et une couleur grisâtre et violacée, interrompue, à 35 ou 40 millimètres de son bord libre, dans une surface de 100 et quelques millimètres, par une teinte jaune inégale, correspondante à une tumeur de même étendue, formée par un pus jaunâtre et clair, sans odeur, contenu dans un parenchyme aréolaire d'une couleur plus pâle. Dans les petit et moyen lobes se trouvaient six tumeurs assez fermes, beaucoup moins considérables, également jaunâtres, mais sans la moindre trace de pus. Leur structure aréolaire était indiquée par des lignes pâles, entre-croisées, qui avaient la forme des aréoles de la tumeur suppurée. Autour de celle-ci et des autres, le foie était brunâtre dans une épaisseur de 4 à 7 millimètres. Les conduits biliaires étaient sains; la bile de la vésicule rousse et un peu épaisse. — La rate était plus que triplée de volume et un peu ramollie. Les autres viscères n'offraient rien qui fût digne d'attention.

Les réflexions faites au sujet des précédentes observations s'appliquent exactement à celle-ci : car les symptômes de l'affection furent on ne saurait plus graves; la durée de

la maladie, au-delà de la période aiguë, encore plus considérable que dans le dernier cas; et, en supposant qu'à cette période les plaques elliptiques de l'iléum eussent subi une altération semblable à celle qui a été signalée dans les deux premiers chapitres, on devait s'attendre, en concluant par analogie, à les trouver dans un état très différent à la mort du sujet. Ce qu'on pouvait prévoir est en effet ce qui a eu lieu. Si les plaques elliptiques de la seconde moitié de l'iléum n'étaient pas dans l'état naturel, si plusieurs d'entre elles étaient épaissies, leur consistance était peu éloignée de celle qui leur est propre ; ce qui n'est pas dans la période aiguë. Les autres étaient grisâtres et bleuâtres, polies, brillantes, déprimées, revêtues par une pellicule très mince, comme séreuse, qui remplaçait les tissus cellulaire et muqueux qui n'existaient plus. Elles offraient, en un mot, de véritables cicatrices. Et, comme pour rendre cette disposition plus sensible, l'une de ces plaques avait la structure qui lui est naturelle, ou à peu de chose près, à l'une de ses extrémités, et, à l'autre, l'aspect lisse, brillant et humide dont il vient d'être question ; tandis qu'au milieu de quelques plaques cicatrisées on trouvait des espèces d'îlots ou débris de membrane muqueuse, qui avaient échappé à la destruction ; ou bien encore la tunique musculaire à nu, dans une petite largeur. Et, ainsi que je l'ai déjà remarqué, les cicatrices ne se trouvaient pas indistinctement sur toutes les plaques où il y avait eu des ulcérations, mais seulement dans le voisinage du cœcum, là où s'étaient formées les premières de ces ulcérations. C'est-à-dire que la nature suivait, dans sa marche réparatrice, l'ordre qu'elle avait adopté pour la destruction.

L'état des glandes mésentériques vient encore à l'appui de ce qui précède : car leur volume supposait une affection

aiguë inflammatoire antérieure, pas encore très ancienne, des plaques elliptiques correspondantes; et le faible degré de ramollissement, et la teinte gris-ardoisé de ces glandes et des plaques, indiquaient que cette inflammation rétrogradait.

A part la membrane muqueuse du colon qui était fort ramollie, les viscères offraient généralement plus de consistance qu'ils n'en ont d'ordinaire, quand les malades succombent dans la période aiguë de l'affection ; ce qu'on avait déjà pu remarquer dans quelques-uns des cas qui précèdent.

Relativement aux causes qui ont amené la mort du sujet, il convient de remarquer qu'à part l'état des plaques elliptiques de la dernière moitié de l'iléum, la membrane muqueuse de l'intestin grêle était à peu près saine ; qu'ainsi la mort n'est pas arrivée par là ; qu'il faut en rechercher la cause ailleurs, dans des lésions secondaires, parmi lesquelles il faut surtout compter l'abcès et les tumeurs du foie, l'abcès du cou, le ramollissement d'une partie de la membrane muqueuse de l'estomac, et, en première ligne, la fausse membrane qui existait à la face interne de la dure-mère, fausse membrane dont la formation ne datait sans doute que des derniers jours, ou du dernier jour de la vie du sujet.

D'ailleurs aucun symptôme, si ce n'est l'ictère, ne pouvait faire soupçonner, pendant l'existence du malade, une lésion quelconque du foie; bien que celle qui existait fût considérable, déjà ancienne peut-être, et sans doute antérieure à l'époque à laquelle le malade parut entrer en convalescence. Il y avait, au premier coup d'œil, une ressemblance assez grande entre les tumeurs dont il s'agit et les tubercules; mais elles en différaient réellement beaucoup; celle qui était suppurée, par son tissu ou sa structure aréo-

laire, et celles qui ne l'étaient pas, par le dessin de ces aréoles, indiqué par une nuance de coloration différente de celle de la masse.

Comme la cicatrisation s'est faite rapidement chez le sujet de l'observation qui nous occupe, on conçoit qu'elle suive, dans certains cas, une marche beaucoup plus lente, que même on n'en aperçoive pas encore de trace à une époque éloignée du commencement de la convalescence, chez des individus qui succombent accidentellement. Nous verrons quelques exemples de ce fait dans le cours de l'ouvrage; mais le suivant est un des plus remarquables.

XVIIIe OBSERVATION.

Diarrhée, puis délire violent pendant six jours; faible, prolongé, momentané ensuite : enfin convalescence, puis rechute violente; mort au *soixante-cinquième jour*. — Plaques elliptiques épaisses, pâles, puis rouges et ulcérées dans le voisinage du cœcum; glandes mésentériques volumineuses, violacées, médiocrement fermes près du cœcum : lobes inférieurs des poumons splénisés et hépatisés.

Un charpentier, âgé de vingt-un ans, châtain-clair, large, grand et fort, à Paris depuis plus de vingt mois, était malade depuis quinze jours quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 1er octobre 1823. Il y était venu à pied, avec un de ses camarades, et il fut pris d'un délire violent la nuit suivante.

Le 2, à l'heure de la visite : calme, idées incohérentes, propos sans suite, à moins qu'on n'interroge le malade sur son état; teint plombé, sens intègres, céphalalgie nulle; langue rougeâtre au pourtour, blanchâtre au centre; rougeur légère au voile du palais et au pharynx, sur lesquels on aperçoit quelques plaques blanchâtres; déglutition facile néanmoins, soif médiocre, ventre météorisé, selles fréquentes, comme

depuis onze jours : pouls redoublé, à quatre-vingt-seize, plus large avant qu'après la saignée ; chaleur médiocre ; point de taches lenticulaires (*Emuls. av. le sir. de gom.*; *saignée de* 500 *grammes* ; *glace sur la tête.*)

Le délire persista, et, comme dans la soirée le malade quittait son lit à tout moment, il y fut fixé avec le gilet de force. Le 3 au matin, étant toujours maintenu de la même manière, il refusait de boire et de montrer sa langue, disant qu'il n'en avait pas; il était alternativement sérieux et gai, souvent grossier; le pouls était à cent quatre, le sang, tiré la veille sans retrait ni couenne. (*Emuls. édulc. bis*; *orge édulc. bis.*; *vingt sangsues derrière chaque oreille* ; *lav. de lin.*)

Le délire fut tranquille le jour, très bruyant la nuit, le malade appelant, criant, parlant continuellement de son état. Le 4, stupeur légère, figure un peu rouge, propos sans suite, injurieux ; efforts pour se débarrasser de la camisole ; bâillements fréquents, pupilles dilatées ; langue sèche et d'un rouge peu intense, manifestement épaissie ; palais encroûté; ventre bien conformé, sans météorisme; pouls à cent vingt, respiration médiocrement fréquente. (*Emuls.*; *saignée*; *trente sangsues derrière les oreilles* ; *glace sur la tête.*)

Les symptômes n'éprouvèrent pas de changement appréciable dans la journée, et, comme ils persistaient le 5, à l'heure de la visite, on ordonna encore *quarante sangsues aux oreilles*, 4 *kilogrammes de glace sur la tête.*

Malgré la continuation du délire, le malade reconnut ses parents qui vinrent le voir dans la matinée; il fut calme toute la nuit et eut une selle avec un ascaride lombricoïde. Le 6 au matin, il assurait ne souffrir nulle part, même à la tête, demandait s'il ne pourrait pas travailler dans peu ; sa langue était sèche et sans rougeur, son pouls déprimé, à cent dix. *Petit-lait tamar.*; *orge édulc.*)

Depuis ce moment jusqu'au 24, que parut s'établir la convalescence, voici ce que j'observai : il y eut fréquemment un peu de délire, le plus ordinairement la nuit ou dans la soirée, jamais dans la matinée, à l'heure de la visite. La physionomie, assez naturelle le 7, l'était davantage le 8; et, le 9, le malade examinait ce qui se passait autour de lui, souriait même quelquefois. L'expression de sa figure était bien moins bonne le 15, et, du 20 au 24, il y eut un peu de stupeur. — La langue fut sèche et plus ou moins encroûtée jusqu'au 16, puis humide et variable dans sa couleur, quelquefois plus rouge que dans son état naturel. Assez fréquentes jusqu'au 13, les selles le furent moins ensuite, et, le 14 au matin, après une nuit un peu agitée, il y eut une évacuation abondante, au milieu de laquelle se trouvait une grande quantité de sang. Il n'en reparut pas dans la suite. Un peu de météorisme eut lieu du 15 au 18; mais, avant et après cette époque, le ventre fut bien conformé et toujours indolent, si ce n'est dans la journée du 10, que le malade souffrit dans la fosse iliaque du côté droit, appelant lui-même l'attention sur ce point.— Le pouls fut toujours médiocrement accéléré, varia de cent quatre à quatre-vingt-dix, était régulier, généralement assez fort. La chaleur fut modérée, les sueurs peu fréquentes, et j'observai de larges sudamina autour des aisselles, le 19.— La toux fut rare, la respiration répétée de trente à quarante fois par minute, le bruit respiratoire mêlé de râle sec, sonore et muqueux.— On continua les boissons délayantes et les lavements de lin.

Le 24, le malade répondait assez bien aux questions, et, comme à l'ordinaire, n'adressait pas la parole; sa figure s'éloignait encore un peu de l'état naturel, sa langue était humide, un peu rouge et couverte de plaques blanches, son ventre indolent, bien conformé, son pouls faible, à quatre-

vingt-huit, le bruit respiratoire était mêlé de râle sec et sonore, à gauche principalement ; la faiblesse peu considérable.

Dès lors, jusqu'au 12 novembre, nul délire, sommeil ordinairement calme et bon , retour graduel, quoique lent, des forces, figure plus ou moins naturelle, à part quelques mouvements spasmodiques des lèvres, le 11, quand le malade parlait. La langue, toujours humide, eut un coup d'œil blanchâtre; la soif fut médiocre, l'appétit prononcé jusqu'au 1er novembre, momentanément moindre ce jour-là, de manière que le malade était à la demi-portion le 4 ; après quoi il fut mis aux crêmes de riz et au bouillon, à raison d'un peu de diarrhée qui survint alors, et de l'accélération du pouls qui battait de cent quatre à cent dix fois par minute, du 6 au 12, au lieu de soixante-deux à soixante-douze, du 25 octobre au 3 novembre. La chaleur fut proportionnée à l'état du pouls, et les sueurs furent à la fois légères et rares.

Du 12 au 21, jour de la mort, le délire fut presque constant ; il se manifesta peu après la réception d'une lettre adressée au malade , relativement à la conscription ; et comme ce malade sortait du lit à chaque instant, il fallut l'y maintenir avec le gilet de force. Sa figure fut plus ou moins profondément altérée ; elle était véritablement cadavéreuse le 20 ; ses yeux, injectés le 16, étaient assez vifs le 17.— Sa langue fut alternativement sèche et humide, rouge d'abord, grisâtre ensuite. Il refusa souvent de boire, bien qu'il n'y eût aucun obstacle à la déglutition. Il eut, par intervalles, quelques douleurs à l'épigastre, des nausées le 12, à la suite d'une potion tonique ; des coliques le même jour, et non au-delà. Les selles furent nombreuses et toujours involontaires , le ventre plat et indolent.— Le pouls était redoublé, de cent

seize à cent huit, du 12 au 15, et à cent vingt-huit, sans être filiforme, le 20. La chaleur fut généralement élevée.

On ordonna, le 10, l'eau de riz édulcorée avec le sirop de coing, et une potion tonique avec vin et sirop de kk, de chaque 60 grammes : le 11, un vésicatoire à la nuque ; le 13, outre la potion tonique, une décoction de siramouba. Le 15, on ajouta quelques gouttes d'acide muriatique aux boissons et aux lavements, et 3 grammes de diascordium à la potion.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Marasme très avancé, destruction de la peau des jambes sous les vésicatoires.

Tête. Arachnoïde plus épaisse et beaucoup plus résistante qu'à l'ordinaire. Cerveau d'une bonne consistance, un peu injecté ; une cuillerée de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

Cou. Le pharynx, l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Le cœur était sain.—Les poumons étaient libres ; leur lobe inférieur pesant, rouge bleu, dur, grenu, hépatisé, dans beaucoup de points; comme carnifié, dans d'autres, et dans un espace assez étendu.

Abdomen. La membrane muqueuse de l'œsophage était colorée en jaune, près du cardia, sans autre chose de remarquable.— L'estomac contenait une assez grande quantité de bile; sa muqueuse en était colorée dans le grand cul-de-sac, avait ailleurs une teinte blanche mélangée de rose, offrait, partout, une épaisseur convenable, n'était ni mamelonnée ni ulcérée. Sa tunique musculaire était un peu plus épaisse que de coutume.— L'intestin grêle offrait beaucoup de mucosités jaunâtres dans toute son étendue. Sa membrane muqueuse était blanche, si ce n'est dans la longueur d'un mètre et un tiers de mètre près du cœcum, où elle était d'un rouge foncé ;

d'une épaisseur et d'une consistance naturelles, à part quelques petites saillies noirâtres de cette dernière portion, formées par elle et par le tissu sous-muqueux plus ou moins rouge, sur lesquelles elle était extrêmement ramollie ou manquait entièrement. Les plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, étaient visibles dans toute l'étendue de l'intestin ; plus larges, plus épaisses et plus rapprochées à mesure qu'on s'avançait vers le cœcum, près duquel elles avaient d'un à deux millimètres d'épaisseur. Généralement pâles, elles étaient rouges dans cette dernière partie, formées à la fois par l'épaississement du tissu sous-muqueux, rouge comme la membrane muqueuse, et par cette dernière qui offrait de petites ulcérations. Deux d'entre les plus considérables et les plus rapprochées du cœcum, avaient près de 90 millimètres de surface, des bords pâles et affaissés, offraient la tunique musculaire à nu, sans altération bien sensible. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales ; sa membrane muqueuse était légèrement ramollie et grisâtre, si ce n'est dans le rectum, où elle était rouge et un peu ulcérée, 55 millimètres au-dessus de l'anus. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, violacées, d'une fermeté médiocre dans le voisinage du cœcum. — Le foie était un peu plus gros que d'ordinaire, un peu friable aussi, d'ailleurs sain ; la bile de la vésicule assez abondante, épaisse et d'un jaune clair. — La rate était presque doublée, un peu ramollie. Les autres viscères dans l'état naturel.

Rappelons les principales circonstances de cette observation. Pendant les quinze premiers jours de la maladie, le sujet a une diarrhée assez abondante ; il est admis, après cette époque, à l'hôpital ; le soir de son admission, il éprouve un délire violent qui persiste pendant dix jours, avec le

même caractère, malgré d'abondantes évacuations sanguines. Après ces dix jours le délire diminue, cesse et revient par intervalles pendant dix-huit jours; les autres symptômes, et en particulier l'accélération du pouls, étant toujours assez prononcés. Ces dix-huit jours passés, le délire cesse, toutes les fonctions s'améliorent, l'appétit revient, la faiblesse diminue, les selles sont rares, le malade prend un peu d'exercice et finit par manger la demi-portion. Après douze jours de cet état, la diarrhée reparaît, le pouls s'accélère; au sixième jour de la rechute, le malade reçoit une lettre qui paraît lui causer une impression profonde, après laquelle il est pris d'un délire violent qui persiste jusqu'à la mort, laquelle a lieu plus de deux mois après les premiers symptômes : et, à l'ouverture du cadavre, on trouve dans toute l'étendue de l'intestin grêle, des plaques elliptiques dont le nombre et l'épaisseur augmentent du duodénum au cœcum, rouges dans les 13 derniers décimètres, pâles ailleurs. Plusieurs d'entre elles offrent de petites ulcérations, et deux des plus rapprochées du cœcum, des ulcérations un peu plus considérables, à bords pâles et affaissés. En sorte que bien que l'affection ne soit devenue mortelle que soixante-cinq jours après le début, que la convalescence ait paru décidée pendant plus d'une semaine, aucune des ulcérations n'offrait de commencement de cicatrice.

Dans l'état naturel, les plaques elliptiques ou ne sont pas visibles, ou ne se voient qu'à l'aide d'une attention suffisante, dans toute l'étendue de l'intestin, dans le voisinage du duodénum surtout. Ici au contraire, bien que généralement pâles, elles frappaient, pour ainsi dire, au premier coup d'œil, sans doute à cause de leur épaississement qui augmentait graduellement du duodénum au cœcum; en sorte qu'il est infiniment probable que toutes avaient été plus ou moins profon-

dément altérées dans le cours de l'affection, qu'à part l'épaississement, celle de toutes les lésions qui disparaît le plus lentement, elles étaient revenues pendant la convalescence à leur état normal (1). Et, relativement aux plaques ulcérées ou non ulcérées des 13 derniers millimètres de l'iléum, croirons-nous qu'elles aient toujours eu la couleur rouge observée à l'ouverture du cadavre, alors même que le malade semblait convalescent? Penserons-nous, au contraire, que cette couleur ne s'est rétablie que dans les derniers temps de la rechute? On pourrait répondre d'une manière précise à cette question, si la consistance de la muqueuse des plaques eût été notée ; car si cette consistance eût été ferme, on aurait dû en conclure que la couleur rouge était une simple injection, ou seulement le produit de la stase du sang dans les derniers moments de l'existence, ou encore l'effet d'une inflammation récente aussi légère ; mais cette omission ne permet pas de conclure rigoureusement. Il est seulement très probable que la rougeur n'avait pas d'autres causes que celles qui viennent d'être indiquées, les glandes mésentériques, qui suivent le sort des plaques auxquelles elles correspondent, n'offrant pas d'ailleurs de trace d'inflammation récente.

S'il n'est pas possible de se rendre compte de la mort du malade par l'état du canal intestinal, on peut y arriver par celui des poumons, et aussi, comme nous le verrons plus tard, par la considération du délire.

(1) On est bien souvent réduit aux hypothèses quand il s'agit de l'interprétation des faits dans un cas particulier ; et je le rappelle au lecteur, pour qu'il ne s'étonne pas de me voir émettre quelquefois des conjectures, et qu'il ne croie pas que je serai aussi peu rigoureux quand il s'agira de tirer des conclusions *générales* des faits.

DEUXIÈME PARTIE.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES ORGANES.

Cette seconde partie comprendra la description de tous les viscères, d'abord chez les sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde, puis chez ceux qui ont été emportés par d'autres maladies aiguës. A la suite de chaque description je rechercherai les causes, le caractère de la lésion décrite, l'époque de son développement : et en comparant les viscères des individus emportés par l'affection typhoïde avec ceux des sujets qui ont succombé à d'autres maladies aiguës, j'arriverai à la détermination du caractère anatomique de l'affection qui fait l'objet principal de mes recherches.

Bien que j'aie exposé dans le cours de cet ouvrage l'histoire de cinquante malades morts d'affection typhoïde, la description générale qui va suivre, ne repose que sur quarante-six cas, dans lesquels il ne peut y avoir de doute sur le caractère de l'affection. Des quarante-six sujets dont il s'agit, dix ont succombé du huitième au quinzième jour de l'affection ; sept, du seizième au vingtième ; vingt, du vingtième au trentième ; neuf, après cette époque : et comme j'indiquerai quelquefois, dans la suite, ces périodes par les mots première, seconde, troisième et quatrième, j'engage le lecteur à ne pas les oublier.

CHAPITRE PREMIER.

CONDUIT DIGESTIF.

PHARYNX, OESOPHAGE, ESTOMAC, DUODÉNUM, INTESTIN GRÊLE, GROS INTESTIN.

ARTICLE PREMIER.

Du pharynx.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le pharynx, chez les individus emportés par l'affection typhoïde, n'offrait ordinairement rien de remarquable; c'est-à-dire que je ne l'ai trouvé plus ou moins altéré que chez la sixième partie des sujets, ou sur huit des quarante-six dont nous nous occupons. La lésion la plus ordinaire était l'ulcération. Elle existait dans six cas (obs. 15, 19, 31, 32, 45), tantôt simple, tantôt compliquée avec une infiltration purulente dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ou avec une fausse membrane qui s'étendait du pharynx aux voies aériennes (obs. 19, 31). Dans les deux autres cas, on n'observait que ces dernières lésions, séparées ou réunies.

Les ulcérations étaient ordinairement peu nombreuses, d'une forme ovalaire, ou arrondie, ou irrégulière et difficile à déterminer. Les premières avaient de six à huit millimètres dans leur grand diamètre, qui était vertical (obs. 24, 45); les secondes de quatre à six. Le plus souvent superficielles, formées uniquement par la destruction de la membrane muqueuse, elles étaient plus profondes dans un cas où elles reposaient sur la tunique musculaire. — Elles occupaient la

partie inférieure et ordinairement les deux côtés du pharynx; étaient limitées, chez quelques sujets, à l'un ou à l'autre, celui où l'épiglotte était partiellement détruite, quand cette destruction n'avait lieu que d'un côté. — La membrane muqueuse n'était pas sensiblement altérée à leur pourtour, et, une fois seulement, j'ai vu le tissu cellulaire sous-muqueux correspondant séparé, dans la largeur de 2 millimètres, de la tunique musculaire. Dans aucun cas, cette remarque a déjà été faite par M. Chomel, je n'ai vu les follicules muqueux du pharynx offrir l'altération qui sera décrite plus tard au sujet des cryptes de l'intestin grêle.

L'infiltration du pus dans les mailles du tissu cellulaire sous-muqueux variait en épaisseur et en étendue. L'observation suivante est un exemple très remarquable de cette disposition.

XIXe OBSERVATION.

Diarrhée, anorexie, affaiblissement considérable au début; plus tard, épistaxis, délire, assoupissement, météorisme; mort au *vingt-cinquième jour*. — Tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx très infiltré de pus : couche musculaire correspondante très épaissie : plaques elliptiques de l'iléum rouges, ramollies, ulcérées; glandes mésentériques volumineuses, ramollies, d'un rouge mêlé de gris.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-quatre ans, à Paris depuis six semaines, habituellement maigre, ayant la poitrine un peu étroite, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 16 octobre 1824, accusant douze jours de maladie. L'affection s'était annoncée par une céphalalgie assez intense, des douleurs dans les membres, l'anorexie, la soif, la diarrhée et la diminution des forces; le malade avait quitté ses occupations deux jours après le début, et avait eu des épistaxis le dixième et le onzième. Il vint à pied à l'hôpital, avec un de ses amis,

sans en paraître trop fatigué, jouissant alors de toute sa raison : mais il fut pris de délire la nuit suivante ; et comme il était sans cesse hors du lit, parcourant les salles en chemise, on lui appliqua le gilet de force.

Le 17 : figure assez naturelle, retour de l'intelligence ; le malade me donne plusieurs fois, toujours de la même manière et sans hésiter, les détails précédents qui furent confirmés, le lendemain par ses amis : la langue est un peu collante et rouge à la pointe, la soif modérée, le ventre un peu météorisé, insensible à la plus forte pression ; le pouls assez plein, sans dureté ni mollesse, à cent ; la chaleur médiocre, la respiration peu accélérée : le bruit respiratoire sans mélange de râle, la toux rare, comme depuis deux jours qu'elle existait. D'ailleurs ni sudamina, ni taches roses lenticulaires. Il y avait eu trois selles liquides la veille. (*Petit-lait*; *limon.* bis; *lav. de lin* ; *sinap. aux pieds.*)

Le délire revint un quart d'heure après la visite, et il persista le jour et la nuit, pendant lesquels le malade parla sans cesse de son métier. Il eut deux selles de très grand matin, et il soutenait le contraire le 18, au moment où je l'observai; disant, avec un rire affecté et désagréable, qu'il avait eu du délire, mais que c'était la même chose en bonne santé. Sa figure était assez naturelle, ses sens intègres, les autres symptômes comme la veille. (*Douze sangsues au cou.*)

Il y eut plusieurs selles, du calme, de l'assoupissement dans la journée, et du délire pendant la nuit. Le 19 au matin, la figure était d'un rouge violet peu intense, les réponses brèves et assez justes, la langue humide, un peu rouge au pourtour, le ventre légèrement météorisé et indolent, le pouls un peu sautillant, à cent cinq. (*Vésic. aux jambes.*)

Depuis ce moment jusqu'à la mort, qui eut lieu le 29, à trois heures du matin, les symptômes prirent graduellement

plus d'intensité, sans offrir d'autre changement remarquable; l'assoupissement fut continuel ou seulement interrompu par le délire. Du 22 au 25, le malade quitta son lit pendant la nuit, toujours préoccupé de son métier, et criant : à l'eau, à l'eau! Le 25, il répondait aux questions qui lui étaient adressées qu'il n'allait pas bien, qu'il avait mal aux bras et à la tête; et, le même jour, il se plaignait de ne pouvoir se servir de ses mains, sans s'apercevoir qu'il avait le gilet de force. Sa figure était d'un rouge violet le 20, un peu moins colorée le 24; son nez tendu, volumineux, d'un rouge foncé le 27, moins gros, de même apparence d'ailleurs, le 28. Le même jour, le genou et le mollet droit étaient de la même couleur. — La langue, un peu humide et rouge jusqu'au 25, fut sèche, roussâtre, et plus ou moins tremblante ensuite; il y eut généralement de deux à trois selles en vingt-quatre heures; et, jusqu'au 27, le malade alla seul au bassin. Son ventre, alternativement plat et météorisé, était très volumineux le 26. — Le pouls battit de cent à cent cinq fois par minute du 20 au 25, puis cent vingt-cinq, plus ou moins : la chaleur fut généralement très peu élevée.

Le petit-lait et la limonade furent continués; on prescrivit l'infusion de quinquina et une potion tonique, dans laquelle entrait un gramme de sulfate de quinine, le 28 seulement. De nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses le 26; et ceux des jambes, qui étaient saignants le 24, prirent un meilleur aspect le lendemain, après avoir été pansé avec du cérat camphré.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Rien de remarquable : muscles fermes, d'une bonne couleur, non poisseux.

Tête. Des éraillures de la dure-mère donnaient passage à des granulations de l'arachnoïde (glandes de Pacchioni); il y avait quelques traces d'infiltration au-dessous de cette dernière membrane, deux petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux, et pas une goutte dans les fosses occipitales. La pie-mère était injectée, la substance corticale du cerveau et surtout celle du cervelet étaient d'un rose assez vif, la médullaire sablée de sang : toute la masse encéphalique d'une bonne consistance.

Cou. Le pharynx était d'un blanc mat, un peu inégal, comme ondulé ; tout son tissu cellulaire sous-muqueux était infiltré d'un pus presque concret, épais de deux à trois millimètres en haut, et successivement moins à mesure qu'on s'approchait de la partie inférieure de l'organe. Le plan charnu correspondant avait la même épaisseur. On voyait, outre cela, du côté droit, à la hauteur du sommet de l'épiglotte, une ulcération arrondie, de trois millimètres de diamètre, reposant sur le tissu cellulaire infiltré. Le larynx et la trachée-artère étaient dans l'état naturel ; les ligaments de l'épiglotte épais de deux millimètres.

Poitrine. Le cœur était sain : l'aorte rouge depuis son origine jusqu'au tronc céliaque. — Des adhérences universelles avaient lieu entre le poumon et la plèvre du côté gauche. Ce poumon était d'un petit volume, rouge, en arrière surtout, ne contenait que très peu de liquide presque sans air. Le droit était un peu plus volumineux, parfaitement libre, ferme et assez élastique, à peu près de la même couleur que le gauche, et, comme lui, sans hépatisation ni engouement.

Abdomen. L'œsophage était sain. — L'estomac avait un médiocre volume, était un peu au-dessous de sa position ordinaire, contenait une petite quantité de liquide trouble et jaunâtre. Sa membrane muqueuse était très pointillée de

rouge dans le grand cul-de-sac, d'un rose tendre à sa face antérieure, grisâtre le long de la grande courbure, dans une surface de dix à douze centimètres, blanchâtre ailleurs; légèrement amincie dans une portion du grand cul-de-sac, d'une épaisseur convenable dans le reste de son étendue; un peu ramollie, excepté là où elle avait une teinte grise ou une couleur blanche. — L'intestin grêle avait son volume ordinaire; sa membrane muqueuse était un peu rose et très ramollie dans le mètre le plus voisin du cœcum, grisâtre et d'une bonne consistance ailleurs. Dans la portion ramollie se trouvaient douze plaques elliptiques, d'autant plus ramollies, rouges et largement ulcérées, qu'on les examinait plus près de la valvule iléo-cœcale; en sorte que dans le voisinage de celle-ci, la muqueuse était détruite dans presque toute la surface des plaques, et dans la largeur de quelques millimètres seulement sur les premières. La portion restante avait un millimètre d'épaisseur, et le tissu cellulaire sous-muqueux, plus ou moins rouge et boursouflé, était détruit dans un cercle de trois millimètres de diamètre, au centre d'une seule ulcération. Tout le pourtour de l'iléum était rouge, inégal, dans la largeur de trente-six millimètres, contre la valvule indiquée, par suite du développement des petites plaques ordinairement si nombreuses de cette partie, dans l'état normal, et qui, chez le sujet qui nous occupe, étaient épaissies et non ulcérées. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales pultacées; son volume était un peu augmenté, sa membrane muqueuse généralement grisâtre, rouge dans quelques points, d'une bonne épaisseur et d'une consistance moindre de moitié que dans l'état naturel.—Les glandes mésentériques correspondantes aux plaques ulcérées étaient d'un rouge peu foncé mêlé de gris, du volume d'une noisette et très ramol-

lies. Les ganglions lymphatiques de la grande courbure de l'estomac étaient aussi plus ou moins rouges et volumineux, mais non ramollis. — Le foie était dans l'état normal; la bile de la vésicule pâle et un peu trouble. — La rate était doublée de volume, ramollie à un médiocre degré. — Les reins étaient un peu gorgés de sang. La membrane muqueuse de la vessie était saine.

Non-seulement le tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx était infiltré d'un pus concret, formant une couche fort épaisse, mais le plan charnu de l'organe n'offrait pas un épaississement moindre; et cette double lésion qui a eu, à n'en pas douter, une grande part à la mort du sujet, ne fut annoncée par aucun symptôme, ni par la dysphagie, ni par le retour des boissons par le nez, qu'on observe si ordinairement dans des cas analogues, chez les sujets qui jouissent de l'intégrité des fonctions cérébrales. En sorte qu'il faut admettre que l'inflammation du tissu sous-muqueux et l'épaississement des muscles du pharynx ont débuté après le délire, et que la dernière lésion est parvenue au degré où nous l'avons observée, en quelques jours seulement.

Bien que fort digne d'attention, ce fait n'a cependant rien qui sorte des règles générales, puisqu'on voit la membrane musculaire de l'intestin grêle, par exemple, s'hypertrophier dans un espace de temps aussi peu considérable, quand un obstacle quelconque vient à gêner le cours des matières fécales: et il concourt à démontrer, pour sa part, que l'hypertrophie des fibres musculaires n'est pas une affection essentiellement chronique, comme la plupart des auteurs semblent l'avoir pensé.

Relativement à l'absence des symptômes qui auraient dû annoncer la lésion qui nous occupe, ce fait a aussi son im-

portance, puisque cette absence ne pouvant être attribuée qu'aux accidents cérébraux, indique comment il se fait que des organes profondément situés ne donnent aucun signe de souffrance chez des sujets dont le délire a été plus ou moins prolongé.

Il est à peine nécessaire d'observer, après tout ce qui précède, que si les premiers symptômes de la maladie accusaient une lésion de l'intestin, la plus grave, et sans doute aussi la plus ancienne, était celle des plaques elliptiques du jéjunum; qu'il y avait un rapport exact entre les uns et les autres; que sous ce point de vue, l'affection ne différait en rien des cas exposés jusqu'ici.

D'ailleurs les ulcérations du pharynx n'ont pas lieu indifféremment chez tous les sujets; je n'en ai vu chez aucun de ceux qui succombèrent avant le quinzième jour de la maladie, et je n'en ai recueilli qu'un exemple parmi les individus qui furent emportés après le trentième (art. 15). En sorte qu'il est exact de dire, à très peu de chose près du moins, que je ne les ai observées que dans les cas où l'affection n'avait offert une marche ni trop lente ni trop rapide. Et, soit par ce motif, soit à raison du petit nombre d'individus qui en ont offert, les ulcérations du pharynx ne peuvent pas être considérées comme essentielles à la maladie qui nous occupe, comme formant un de ses caractères anatomiques fondamentaux.

2° *Chez les sujets morts d'autres affections aiguës.*

Sur soixante-dix d'entre eux dont j'ai examiné le pharynx avec soin, et parmi lesquels je ne compte pas les cas de variole, je n'ai trouvé aucun exemple d'ulcération de cet organe. —Si ces faits ne sont pas assez nombreux pour permettre d'af-

firmer que les ulcères du pharynx n'ont lieu, dans le cours des maladies aiguës, à part l'exception qui vient d'être indiquée, que chez les sujets emportés par des affections de la nature de celle qui nous occupe spécialement, ils rendent la chose très vraisemblable, font de ces ulcérations une lésion très importante, et, comme nous le verrons plus tard, un des caractères anatomiques *secondaires* de cette affection. J'ajoute que tous les faits recueillis par moi depuis dix ans, déposent en faveur de cette proposition, et que je ne connais aucun médecin exact et versé dans l'anatomie pathologique qui ait observé un seul fait exceptionnel.

Quant aux autres lésions du pharynx, j'ai rencontré le tissu cellulaire sous-muqueux de cet organe infiltré de pus dans un cas de péripneumonie, et son plan musculaire hypertrophié, à sa partie moyenne, chez un sujet mort des suites de la scarlatine. A part quelques ecchymoses, ce plan charnu n'offrait pas d'autres lésions. Je n'ai noté, dans ce dernier cas, ni infiltration du tissu sous-muqueux correspondant, ni altération quelconque de la membrane muqueuse, et je me demande s'il n'y aurait pas eu oubli de ma part, n'ayant rencontré, jusqu'à ce jour, l'hypertrophie des muscles du pharynx que consécutivement à une inflammation de la muqueuse ou du tissu cellulaire sous-muqueux. Quoi qu'il en soit, c'est à ces deux faits que se réduisent les lésions que m'a présenté le pharynx des soixante-dix sujets dont il s'agit.

ARTICLE II.

De l'œsophage.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

A part deux cas d'hypertrophie de sa membrane musculaire, l'œsophage ne m'a offert d'autres lésions que des ulcé-

rations. Je les ai observées sur sept sujets, c'est-à-dire dans la même proportion, ou à très peu de chose près, que celles du pharynx, encore que les cas dans lesquels on observait les unes et les autres ne fussent pas toujours les mêmes (obs. 31, 32).

Peu nombreuses, elles étaient limitées aux environs du cardia (obs. 26, 31, 36, 41), ou à la partie moyenne de l'organe (obs. 32). En grand nombre, elles existaient dans toute sa longueur, ou du moins ne s'arrêtaient qu'à 25 ou 50 millimètres de la base du pharynx; et alors elles étaient à la fois plus multipliées et plus larges près du cardia que partout ailleurs (obs. 42). Ovalaires et disposées verticalement, leur grand diamètre variait de 4 à 25 millimètres. Superficielles pour la plupart, quelques-unes étaient profondes, reposaient sur la tunique musculaire qui n'en était pas sensiblement altérée (obs. 36); et, dans aucun cas, la perforation de l'œsophage n'en a été la suite.

Bien que les ulcérations dont il s'agit n'eussent pas un rapport évident avec l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, il est vrai de dire néanmoins que dans la plupart des cas où elles avaient lieu, cette membrane était plus ou moins profondément altérée.

D'ailleurs, comme je l'ai déjà remarqué pour les ulcérations du pharynx, on ne les observait pas chez les sujets qui avaient succombé du huitième au quinzième jour de l'affection, mais seulement chez ceux qui étaient morts seize jours au moins après le début. Cinq des cas dont il s'agit ont été offerts par des individus emportés du seizième au vingt-septième jour de la maladie, les deux autres par des sujets enlevés après cette époque; c'est-à-dire que, proportion gardée, ces ulcérations étaient à peu près également fréquentes chez ceux qui avaient succombé dans l'une ou l'autre période.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Les ulcérations de l'œsophage semblent, comme celles du pharynx, exclusivement propres, dans les maladies aiguës, aux sujets qui meurent de l'affection qui nous occupe spécialement ; au moins n'en ai-je pas rencontré d'exemple à la suite des autres maladies de cette espèce. J'ai bien observé, dans trois de ces cas, une altération profonde de l'œsophage, dans laquelle sa membrane muqueuse était détruite dans une certaine largeur, le tissu cellulaire sous-jacent ramolli, aminci, presque entièrement détruit, l'altération s'étendant à la membrane muqueuse de l'estomac, sans interruption ; mais, évidemment, cette lésion n'était pas la même que celle dont il s'agit, et la proposition énoncée reste rigoureusement vraie (1).

ARTICLE III.

De l'estomac.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le *volume* de l'estomac était ordinairement le même que dans l'état normal ; assez souvent néanmoins il m'a paru un peu diminué. Trois fois je l'ai trouvé supérieur, de moitié, à ce qu'il est chez la grande majorité des sujets (obs. 14, 25, 45) et, dans un quatrième cas, il était doublé (obs. 31).—Bien entendu qu'ici je fais abstraction des sujets emportés par la perforation de l'intestin grêle, et chez lesquels l'augmenta-

(1) Cette altération a lieu aussi dans un certain nombre de cas d'affection typhoïde; elle peut même amener la perforation de l'œsophage. M. le docteur Barth m'en a communiqué deux exemples.

tion du volume de l'estomac était assez souvent considérable, mais accidentelle.

La muqueuse gastrique était, dans la plupart des cas, plus ou moins profondément altérée ; tantôt ramollie et amincie, et même détruite ; tantôt ulcérée; tantôt plus ou moins ramollie, altérée ou non dans sa couleur, et sans amincissement ; tantôt mamelonnée. Quelquefois simples, ces lésions étaient le plus ordinairement combinées : je vais les passer successivement en revue.

§ 1.

Du ramollissement avec amincissement, et de la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac.

Le ramollissement avec amincissement de cette membrane offrait les deux variétés que j'ai décrites ailleurs (1), se présentait tantôt sous forme continue, tantôt sous forme de bandes plus ou moins larges et nombreuses, occupait la plus grande partie de la surface de l'estomac (obs. 10, 13, 28, 34), ou seulement son grand cul-de-sac, en totalité ou en partie, (obs. 6, 27, 36, 19) ou une plus petite étendue de ce viscère, le voisinage du pylore.

Dans quelques cas où cette double lésion avait lieu par bandes, la membrane muqueuse était détruite dans une étendue parfois considérable, et, dans l'un d'eux, en même temps qu'elle perdait de son extrême mollesse vers l'extrémité de la bande, sa teinte blanche et bleuâtre était remplacée par une teinte rouge foncé ; ce qui pouvait faire croire, au premier abord, que telle avait été sa couleur à une époque

(1) Voyez mon mémoire sur cette lésion, en tête de ceux que j'ai publiés en un volume in-8. 1826.

moins avancée (obs. 36). Dans un autre cas où la destruction de la muqueuse était plus étendue, le tissu cellulaire correspondant était aussi presque entièrement détruit, et les parois de l'estomac, sans consistance, dans le même point (obs. 13). D'ailleurs, la membrane muqueuse intermédiaire à ces bandes était plus ou moins profondément altérée. Quelquefois rouge et très ramollie, elle reprenait ordinairement l'épaisseur qui lui est naturelle d'une manière graduée, beaucoup plus rarement d'une manière brusque.

Dans presque tous les cas où elle se présentait sous forme continue, la lésion qui nous occupe était moins évidente au premier coup d'œil, n'offrait pas l'aspect blanc et bleuâtre qui la faisait si aisément reconnaître sous forme de bandes; la membrane muqueuse n'était complétement détruite dans aucun point, et elle avait une couleur jaunâtre ou grisâtre, ou bistre, comme cela a lieu, dans de semblables cas, chez les sujets qui succombent à des maladies chroniques.

Le ramollissement avec amincissement eut lieu chez neuf des quarante-six sujets dont il s'agit, ou la sixième partie des individus environ; dans une proportion à peu près égale chez ceux qui avaient succombé du huitième au quinzième jour de l'affection, du quinzième au vingtième, et du vingtième au trentième; un peu moins fréquemment chez ceux qui moururent après cette époque. Et si nous partageons ces sujets en deux groupes, de manière à réunir dans l'un tous ceux qui ont succombé du huitième au vingt-cinquième jour de l'affection, et dans l'autre ceux qui ont été emportés après le vingt-septième jour, nous aurons pour les premiers, au nombre de trente, huit cas de ramollissement avec amincissement, et pour les seconds, au nombre de dix-sept, un seul exemple de la même lésion : encore était-elle

bornée au voisinage du pylore, moins étendue et moins profonde que chez les autres sujets.

Ce fait est remarquable, en ce qu'il indique que la longueur des affections dites fièvres typhoïdes ou ataxiques, n'est pas, à beaucoup près, la circonstance la plus favorable au développement de l'altération qui nous occupe.

§ 2.

Des ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac

Ces ulcérations, si différentes par leur peu d'étendue, leur exacte circonscription, leurs bords coupés net et à pic, de la destruction de la membrane muqueuse gastrique à la suite du ramollissement qui vient d'être décrit, étaient aussi beaucoup plus rares. Je ne les ai observées que quatre fois, chez des sujets morts aux quatorzième, vingt-quatrième et trente-sixième jour de l'affection (obs. 13, 33, 39, 44). Elles étaient plus ou moins multipliées, au nombre de vingt et au-delà, avaient lieu à la face antérieure de l'estomac chez deux individus, près du pylore et de la grande courbure chez les deux autres. — La membrane muqueuse était mamelonnée dans une certaine étendue, là où elles avaient leur siége, dans un cas; elle n'offrait point d'altération de consistance et d'épaisseur dans le même point, chez les autres sujets.

Comme je l'ai indiqué, ces ulcérations étaient petites (4 à 7 millimètres de superficie), incomplètes pour la plupart; c'est-à-dire que la partie de la membrane muqueuse où elles avaient lieu n'était pas entièrement détruite. — Le plus ordinairement arrondies, elles avaient, dans un cas, une forme allongée, semblable à celle d'une boutonnière dont on écarterait les bords par le milieu (obs. 23).

Elles n'étaient d'ailleurs, chez aucun sujet, l'altération unique de la membrane muqueuse de l'estomac. Celle-ci était ramollie et amincie dans deux cas, simplement ramollie dans deux autres, et dans une étendue plus ou moins considérable.

§ 3.

Du ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac.

Le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac, celui qui n'est accompagné d'aucune altération de couleur ou d'épaisseur de cette membrane, eut lieu dans sept des cas que nous étudions; toujours borné à un espace peu considérable, ordinairement au grand cul-de-sac, de telle manière que dans aucun cas je ne l'ai vu s'étendre à toute la muqueuse gastrique. Cinq des cas dont il s'agit ont été fournis par des sujets qui ont succombé aux mois d'octobre, novembre, janvier et février (5, 15, 22, 30, 32), deux seulement par des malades emportés aux mois de juin et juillet (31, 42). En sorte qu'il n'est pas à présumer que la température atmosphérique ait joué un grand rôle dans ce ramollissement. Et, suivant toutes apparences, cette proposition, tirée d'un nombre de faits si peu considérable, serait encore la même, si les faits dont elle est l'expression étaient plus nombreux, puisque de 10 cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'estomac était saine, c'est-à-dire sans altération évidente de *consistance*, de couleur et d'épaisseur, cinq sont relatifs à des malades qui ont succombé dans les mois de mai, juin et août (14, 24, 26, 35, 43), et cinq à des malades emportés aux mois de novembre et de décembre (4, 18, 23, 25, 54).

§ 4.

De l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac.

Cet état existait chez treize individus, ou environ les deux septièmes d'entre eux; occupait, à part le grand cul-de-sac, la presque totalité de la surface de l'estomac dans neuf cas; était limité, dans les autres, à sa face antérieure, au voisinage du cardia, ou à sa grande courbure. Quelquefois simple (obs. 1, 7, 16, 20), il se compliquait ordinairement de quelque autre lésion; soit du ramollissement simple de la membrane muqueuse du grand cul-de-sac, soit du ramollissement avec amincissement du même organe (obs. 28, 36), soit de quelque ulcération (1).

Que l'état mamelonné fût simple ou compliqué, la partie de la muqueuse qui en était le siége n'avait plus la couleur qui lui est naturelle. Tantôt elle était d'une légère teinte rouge, tantôt orange clair, le plus ordinairement grisâtre et bleuâtre; et cette dernière couleur était plus fréquente chez les sujets qui avaient succombé après le vingtième jour, que chez ceux qui avaient été emportés avant cette époque. La consistance de la membrane se trouvait aussi plus ou moins diminuée dans plusieurs cas, et chez trois sujets il se joignait à cette diminution de consistance un épaississement manifeste.

D'ailleurs, l'état mamelonné était beaucoup plus fréquent chez les sujets morts du huitième au vingtième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient succombé

(1) Voyez pour de plus amples détails sur cette lésion, l'appendice placé à la suite de mon mémoire sur le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

plus tard. Les premiers, au nombre de dix-sept, offraient sept exemples de cette lésion; et les seconds, au nombre de trente, six seulement. Et si l'on groupe encore un peu différemment les individus dont il s'agit, si l'on met d'un côté ceux qui sont morts avant le vingt-septième jour (trente-un), de l'autre, ceux qui ont été emportés plus tard (seize), la différence devient beaucoup plus considérable encore; on trouve douze estomacs mamelonnés chez les premiers, et un seulement chez les seconds. En sorte que si, comme je l'ai dit ailleurs, l'état mamelonné de la muqueuse gastrique a fréquemment une marche lente, cette marche peut aussi, dans un certain nombre de cas, être plus ou moins aiguë. Il serait difficile, en effet, d'admettre que dans ceux qui nous occupent, l'état mamelonné fût antérieur à l'affection typhoïde, les sujets chez lesquels il a été observé paraissant jouir d'une parfaite santé au moment où ils furent atteints de cette dernière maladie (1).

Le ramollissement et la couleur plus ou moins rouge que présente assez souvent, comme on l'a vu, la membrane muqueuse mamelonnée, déposent en faveur de cette manière de voir; ces attributs étant ceux de l'in-

(1) L'état mamelonné n'est pas propre à la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état d'inflammation; on le retrouve encore, dans des conditions analogues, dans les membranes muqueuses de l'intestin grêle et du colon, ainsi que je l'ai dit ailleurs. Mais l'état mamelonné est surtout remarquable et fréquent dans l'inflammation de la membrane muqueuse qui revêt le museau de tanche, qu'on trouve si souvent alors rouge, grenue, mamelonnée enfin. Et cet état ne diffère de celui de la membrane muqueuse de l'estomac, dans les mêmes circonstances, que parce que cette membrane étant fort épaisse, ses mamelons sont nécessairement plus gros que ceux de la tunique métro-vaginale qui est mince.

flammation aiguë. Et relativement aux cas où l'état mamelonné était uni à une couleur plus ou moins grisâtre et bleuâtre, la muqueuse conservant sa consistance ordinaire, ils ne sont pas une objection aussi réelle qu'on pourrait l'imaginer à ce qui vient d'être dit; puisque la couleur rouge de la période aiguë de l'inflammation des plaques elliptiques de l'intestin grêle passe assez rapidement, comme nous l'avons remarqué dans la première partie de cet ouvrage, au gris-bleu; qu'au commencement de cette marche rétrograde, ces plaques offrent ce mélange de gris et de rouge qui formait la couleur de la muqueuse gastrique dans un des cas dont il s'agit. Et, ce qui montre encore combien cette interprétation des faits est naturelle, c'est que la couleur grise était, suivant ce qui a été dit tout à l'heure, plus commune chez les sujets qui avaient succombé après le vingtième jour, que chez ceux qui étaient morts avant cette époque; à peu près comme cela a lieu pour les plaques elliptiques de l'iléum, et comme on aurait pu le prévoir, les traces de la marche rétrograde des lésions devant être d'autant plus fréquentes et plus prononcées, qu'il s'agit d'individus morts à une époque plus éloignée du début de l'affection.

De quelque manière que nous considérions l'état mamelonné de la muqueuse de l'estomac, toujours est-il que cet état est une lésion; qu'ainsi toutes les altérations de cette membrane ont été d'autant plus fréquentes et plus profondes, que la marche de l'affection été plus rapide.

Enfin, la muqueuse gastrique avait, comme cela a déjà été indiqué, chez treize sujets, ou un peu moins de la troisième partie des cas, la consistance, l'épaisseur et

le velouté qui lui sont naturels, était en conséquence parfaitement *saine* ; sauf une légère nuance rose dans le grand cul-de-sac, chez quelques individus, rarement dans toute l'étendue de l'estomac, et qu'on ne peut considérer que comme l'effet d'une simple congestion.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

1° De soixante-douze individus dont la muqueuse gastrique a été observée avec soin, douze, ou un sixième, l'avaient *ramollie et amincie*, sous l'une ou l'autre des formes qui ont été indiquées. L'un avait succombé à la péritonite, les autres à la péripneumonie, à la dysenterie, à l'arachnitis, au ramollissement aigu du cerveau, à l'érysipèle phlegmoneux des membres. Le dernier était mort dans des circonstances tout-à-fait inattendues, à la suite d'une légère éruption assez mal dessinée. La plupart étaient plus âgés que ceux qui succombent aux fièvres typhoïdes ; mais chez le plus grand nombre, les deux tiers, l'affection avait eu une marche rapide, et la mort était arrivée du sixième au vingtième jour à compter du début. Elle avait eu lieu du vingt-huitième au soixante-neuvième chez les autres sujets.

2° Des *ulcérations* existaient chez trois individus, ou dans la vingt-quatrième partie des cas.

3° Le *ramollissement simple* de la muqueuse eut lieu chez onze sujets ; quatre fois dans une grande partie de la surface de l'estomac, sept fois dans son grand cul-de-sac seulement. Il était considérable dans deux des premiers cas, dans quatre des seconds, et médiocre dans les autres. — Que le ramollissement fût presque universel ou borné au grand cul-de-sac, on le rencontrait plus souvent chez les individus qui avaient succombé rapidement que chez ceux dont la maladie avait traîné en longueur. On en trouvait des traces chez des

péripneumoniques morts en quatre ou cinq jours seulement, et, comme chez les individus emportés par l'affection typhoïde, il était aussi fréquent chez ceux qui avaient succombé dans la saison froide, que chez ceux qui étaient morts dans les mois chauds de l'année.

4° L'*état mamelonné* existait chez vingt-huit sujets, ou chez les quatre dixièmes environ, et, chez seize d'entre eux, dans la plus grande partie de l'étendue de la muqueuse; ordinairement à un degré remarquable et plus prononcé que dans l'affection typhoïde. — Comme dans celle-ci, la couleur de la portion mamelonnée était plus ou moins profondément altérée; en sorte qu'elle n'avait la blancheur qui lui est naturelle que dans un des vingt-trois cas où elle a été décrite. Elle était rose ou rouge dans sept, tous relatifs, à une exception près, à des individus morts assez rapidement, ou du sixième au vingt-neuvième jour de l'affection; grisâtre ou bleuâtre chez le reste des sujets. — D'ailleurs, l'état mamelonné n'était simple, ne formait la lésion unique de la membrane muqueuse, que dans treize cas. Il coïncidait avec le ramollissement et l'amincissement chez six individus, et, chez plusieurs autres, avec le ramollissement simple de la muqueuse qui tapisse le grand cul-de-sac. La partie mamelonnée était elle-même ramollie chez cinq sujets.

J'avais cru d'abord pouvoir attribuer la différence qui existe dans la proportion des cas où j'ai rencontré la lésion qui nous occupe, à la suite de l'affection typhoïde et des autres maladies aiguës, à la différence d'âge des sujets; ceux qui succombent à ces dernières étant généralement d'un âge avancé (1): mais je suis bientôt revenu de cette explication, en examinant mes tableaux plus en détail, l'état mamelonné

(1) L'âge des individus dont il s'agit, était, terme moyen, de quarante-six ans.

étant proportionnément aussi commun chez les individus qui n'avaient pas au-delà de vingt-cinq ans, que chez ceux qui étaient d'un âge beaucoup plus avancé. — Une dernière remarque qu'on ne doit pas oublier, c'est qu'ici, comme à la suite de l'affection typhoïde, l'état mamelonné était un peu plus fréquent chez les sujets dont la mort était survenue rapidement, que chez ceux qui avaient succombé après un laps de temps plus ou moins considérable.

Enfin, j'ai trouvé la membrane muqueuse de l'estomac parfaitement *saine*, sauf une légère altération de couleur dans quelques cas, ordinairement bornée au grand cul-de-sac, chez quinze individus, ou environ la cinquième partie de ceux dont il s'agit.

En *résumé*, non-seulement les altérations de la membrane muqueuse de l'estomac étaient les mêmes chez les sujets emportés par l'affection qui fait l'objet spécial de ces recherches, et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës; mais la proportion des cas dans lesquels ces altérations existaient n'offrait que des différences assez légères.

Ainsi, l'on trouvait le ramollissement avec amincissement chez la cinquième partie des individus morts d'affection typhoïde, et chez la sixième partie de ceux qui avaient été emportés par d'autres maladies non moins aiguës;

Des ulcérations chez la douzième partie des premiers, et la vingt-quatrième partie des seconds;

Le ramollissement simple dans un peu moins de la sixième partie des cas d'affection typhoïde, et dans la septième partie de ceux relatifs à d'autres maladies ;

L'état mamelonné dans une proportion inverse et à peu près la même ;

Enfin, la membrane muqueuse de l'estomac était dans l'état normal chez les deux septièmes des sujets morts d'affection typhoïde, et chez la cinquième partie seulement de ceux qui avaient succombé à d'autres maladies.

Puisque la membrane muqueuse de l'estomac n'est pas altérée dans tous les cas où l'affection qui nous occupe a lieu, qu'on la trouve dans l'état normal chez des sujets qui succombent très rapidement, et chez lesquels on ne saurait admettre que la lésion, si elle eût existé, ait pu disparaître complétement; que dans les cas où l'une des lésions indiquées existe, elle ne se développe, comme je l'ai indiqué dans la première partie de cet ouvrage, qu'à une époque plus ou moins éloignée du début : il s'ensuit rigoureusement qu'une fièvre typhoïde ou putride, ou ataxique, n'est pas plus une gastro-entérite qu'une péripneumonie n'est une gastro-péripneumonie, bien qu'on trouve la membrane muqueuse de l'estomac plus ou moins profondément altérée chez un grand nombre de sujets qui succombent à une inflammation du parenchyme pulmonaire. En sorte que tout ce qu'on peut conclure des faits exposés, et cette conclusion est d'une extrême importance, c'est que, dans un certain nombre de cas où une affection aiguë, quelle qu'elle puisse être, donne lieu à un mouvement fébrile de quelque durée, la membrane muqueuse de l'estomac devient, à une époque variable de la maladie, le siége d'une lésion plus ou moins grave, suivant la prédisposition du sujet; lésion qui accélère plus ou moins la mort, et peut en être, quelquefois, la véritable cause.

Si d'ailleurs je me suis abstenu d'apprécier la nature de plusieurs des lésions qui viennent d'être décrites, c'est qu'elles ne m'ont rien offert de particulier, et que je m'en suis occupé

dans un autre ouvrage (1). Toutefois, je dirai, relativement au ramollissement avec amincissement de la muqueuse gastrique, que les doutes que j'éprouvais sur sa nature, à l'époque où je m'en suis spécialement occupé, n'ont fait que s'accroître; qu'il me paraît extrêmement vraisemblable que, chez un certain nombre de sujets, la lésion dont il s'agit n'est point inflammatoire; soit parce qu'on ne trouve pas alors de traces évidentes d'inflammation autour de la partie ramollie, amincie et pâle; soit parce que, dans ces cas, le tissu cellulaire sous-muqueux participe à l'altération de la membrane muqueuse, est ramolli et aminci comme elle, n'est enflammé dans aucun point; ce qui est tout le contraire de ce qui arrive dans l'inflammation violente de la muqueuse colite; ce qu'on ne saurait concevoir dans l'hypothèse où la lésion serait inflammatoire. J'ajouterai que cette lésion ayant beaucoup d'analogie avec celle que l'on détermine, à volonté, chez quelques animaux, chez les lapins par exemple, à l'aide du suc gastrique, il se pourrait qu'elle eût aussi chez l'homme, au moins dans quelques cas, une origine analogue. Je dis dans quelques cas, parce qu'on ne saurait rigoureusement comparer ce qui se passe dans l'estomac du lapin avec ce qui a lieu dans l'estomac de l'homme. Ainsi, j'ai ouvert, il y a six ans, à l'hôpital de la Pitié, un sujet emporté par une mort violente, au moment où il avait l'estomac rempli d'aliments à demi digérés, et dont la muqueuse gastrique était parfaitement saine, sous le triple rapport de la couleur, de la consistance et de l'épaisseur. A Gibraltar, en 1829, j'ai vu succomber un soldat de la garnison, jeune, fort, vigoureux, pour avoir avalé gloutonne-

(1) Voyez, dans mes recherches sur la phthisie, le chapitre relatif à la membrane muqueuse de l'estomac.

ment, au milieu du dîner, un morceau de bœuf qui l'étouffa : et, à l'ouverture de son corps, qui fut faite 24 heures après la mort, on trouva l'estomac rempli d'aliments, et la membrane muqueuse de ce viscère d'un rouge foncé, avec la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles, dans *toute son étendue*. Un lapin mort dans des circonstances semblables, et ouvert quelques heures seulement après sa mort, aurait certainement offert la destruction plus ou moins complète de la membrane muqueuse de l'estomac dans une grande étendue, et, très probablement aussi, d'après les expériences du professeur Carswell, ce viscère eût été perforé dans quelques points. L'action des sucs gastriques sur l'estomac de l'homme après la mort, est donc loin d'être connue: les expériences, d'ailleurs si pleines d'intérêt, de M. Carswell, sur l'estomac du lapin, ne sont pas rigoureusement applicables à l'homme; mais elles indiquent que dans des circonstances données, non encore appréciées malheureusement, la destruction ou le simple amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, pourraient bien n'être que l'effet d'une action chimique, et c'est à la recherche de ces circonstances qu'il faudrait maintenant s'appliquer (1).

Les circonstances dont il s'agit sont probablement indé-

(1) Ces recherches avaient été commencées peu après la lecture du mémoire de M. Carswell, sur la dissolution chimique de l'estomac, à l'Académie royale de médecine, par un de ses amis, le docteur Reynaud, qui a enrichi la dernière édition du Dictionnaire de Médecine, de plusieurs articles très importants, et dont la sagacité et l'esprit observateur offraient toutes les garanties désirables. Les circonstances n'ayant pas permis à cet habile médecin de continuer ses travaux, il faut faire des vœux pour que quelqu'autre médecin non moins habile les reprenne, et je serais heureux que cette note excitât le zèle de ceux qui sont capables de cultiver la science, et les engageât à se livrer à des recherches d'un intérêt si grand, et dont les conséquences pourraient être si étendues.

pendantes de la température ambiante, et, sans doute aussi, au moins jusqu'à un certain point, du temps écoulé entre le moment où la mort a eu lieu et celui où l'ouverture du cadavre a été pratiquée ; car, parmi les sujets qui nous occupent, j'ai constaté le ramollissement avec amincissement, et la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac, dans la même proportion, dans les saisons froides et dans les saisons chaudes, chez des sujets ouverts vingt-quatre ou quarante-huit heures après la mort.

ARTICLE IV.

Du duodénum.

C'était la partie du tube digestif la moins fréquemment et la moins profondément altérée.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La membrane muqueuse du duodénum était dans l'état naturel sur huit des vingt-deux sujets chez lesquels je l'ai décrite avec soin (1). Elle était rose ou rouge chez quatre, d'une manière continue ou par taches ; grisâtre chez deux autres emportés à une époque assez avancée de la maladie, ramollie à divers degrés dans trois cas où elle était rouge. — Les cryptes offraient un développement remarquable dans la portion valvulaire chez le même nombre d'individus, dont deux présentaient le ramollissement indiqué. — Enfin, il y avait une ou deux petites ulcérations peu profondes, de 2 à 5 millimètres de diamètre, près de la valvule pylorique ou au-delà, chez deux sujets.

(1) J'ai examiné le duodénum chez tous les individus ; mais n'en ayant pris note que dans vingt-deux cas, mon analyse ne peut porter que sur ce nombre.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

La membrane muqueuse du duodénum était saine chez un peu moins de la troisième partie des sujets dont il s'agit; rose ou rouge, inégalement ou d'une manière uniforme dans neuf des trente-six cas où j'ai fait mention expresse de sa couleur; grisâtre et rougeâtre chez la neuvième partie des individus; ramollie chez trois d'entre eux.—Ses cryptes étaient plus ou moins développées, jaunâtres ou blanchâtres chez six.—Aucun ne présentait la plus légère ulcération.

A part cette dernière lésion, l'état de la membrane muqueuse du duodénum n'offrait donc pas de différence sensible chez les sujets emportés par l'affection typhoïde, et chez ceux qui avaient succombé à toute autre maladie aiguë. Mais cette exception est remarquable, en ce qu'elle indique, avec les faits déjà mis sous les yeux du lecteur, une grande disposition à l'ulcération, dans le cours de la maladie qui fait l'objet spécial de cet ouvrage.

ARTICLE V.

De l'intestin grêle.

Volume, nature des matières contenues; couleur, consistance, épaisseur de la membrane muqueuse; altération des plaques elliptiques ou glandes agminées de Peyer; cryptes solitaires.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

§ 1.

Volume de l'intestin.

Le volume de l'intestin grêle n'offrait ordinairement rien de remarquable; en sorte que je ne l'ai trouvé un peu aug-

menté que sur quatorze des trente-neuf sujets chez lesquels je l'ai examiné, parmi lesquels je ne compte pas ceux que la perforation de l'iléum avait emportés. Il était considérable chez deux individus morts aux vingt-huitième et vingt-neuvième jours de l'affection. (Obs. 29, 33.)

La marche plus ou moins rapide de la maladie semble avoir eu quelque influence sur la proportion des cas dans lesquels ce faible degré de météorisme existait; au moins l'ai-je observé sur la moitié des sujets morts dans les première, seconde et quatrième périodes, et sur la sixième partie seulement de ceux qui avaient succombé dans la troisième.

Ces faits indiquent que le météorisme de l'intestin grêle n'est pas, comme on l'avait cru, l'effet des ulcérations; celles-ci étant rares, superficielles, de peu d'étendue, chez les sujets morts du huitième au quinzième jour de l'affection, et chez lesquels la proportion des cas de météorisme est plus considérable que chez les individus morts du vingtième au trentième, et dont les ulcérations se présentent dans des conditions opposées. Ce qui sera dit plus tard au sujet du gros intestin confirmera cette manière de voir, et l'on verra, en outre, que si le météorisme de l'intestin grêle n'est ni plus fréquent ni plus marqué après la mort, il n'est pas possible de croire à sa disparition avant le terme fatal.

§ 2.

De l'invagination de l'intestin.

J'ai rencontré l'invagination du bout supérieur de l'intestin grêle dans l'inférieur dans trois cas, dans la longueur de 30 à 60 centimètres, et, comme cela a ordinairement lieu, sans observer de symptômes qu'on pût lui rapporter. Deux

des sujets dont il s'agit étaient morts au huitième jour de l'affection (obs. 11, 13), l'autre au vingt-sixième (obs. 6). Que conclure d'un si petit nombre de faits ?

§ 3.

Des matières contenues dans l'intestin.

Deux fois seulement j'ai noté la présence d'un certain nombre d'ascarides lombricoïdes dans l'intestin grêle, chez des sujets morts aux onzième et vingt-troisième jour de l'affection. Mais j'ai la certitude d'avoir souvent omis d'en faire mention dans mes notes; de manière que ce nombre est loin d'exprimer celui des cas dans lesquels les ascarides lombricoïdes existaient réellement, à plus forte raison de donner une juste idée de tous les faits de complication vermineuse, plusieurs individus chez lesquels je n'ai pas trouvé de vers après la mort, en ayant rendu un plus ou moins grand nombre pendant la vie.

A part un cas de perforation où il y avait à peine quelques traces de mucus dans l'intestin, tous les sujets en offraient une quantité plus ou moins considérable. Il était surtout abondant près du duodénum, chez la moitié des individus morts du huitième au quinzième jour de l'affection, et chez la quatrième partie de ceux qui avaient succombé après cette époque : différence dont on ne peut se rendre qu'imparfaitement raison par l'état de la membrane muqueuse.

La bile était ordinairement abondante et très liquide, quelle que fût sa couleur. Celle-ci était le plus souvent roussâtre ou jaune clair. On rencontrait plus fréquemment la teinte orange chez les sujets qui avaient succombé rapidement ou avant le vingtième jour de l'affection, que chez ceux qui étaient morts plus tard; non pas dans toute la longueur

de l'organe, mais seulement, et presque toujours, dans les points où la membrane muqueuse était plus ou moins rouge ; ce qui semble indiquer que cette teinte avait pour cause l'exalation d'une plus ou moins grande quantité de sang : et les faits qui suivent viennent à l'appui de cette manière de voir. —Un sujet mort au onzième jour de la maladie, et dont la membrane muqueuse de l'iléum était rouge, offrait, dans cette partie, un liquide de même couleur, assez abondant et très visqueux (obs. 9). Chez deux autres qui furent emportés aux quatorzième et vingt-deuxième jours, cette même portion de l'intestin, la seule dont la membrane muqueuse fût altérée, contenait un liquide noir, brunâtre, ou jaune foncé brun, assez épais (obs. 24, 36). Chez un quatrième, qui mourut au vingtième jour, il y avait une matière au moins aussi foncée et plus épaisse dans toute la longueur de l'intestin, dont la muqueuse était aussi généralement plus ou moins rouge, offrait quelques taches noires et un ramollissement plus ou moins considérable ; abstraction faite, comme chez les autres sujets, des plaques elliptiques de l'iléum.

Il est remarquable d'ailleurs, que ces cas, les seuls de ce genre qui se soient présentés à mon observation, étaient relatifs à des individus dont la maladie avait eu une marche rapide.

§ 4.

De la couleur de la membrane muqueuse.

Cette couleur offrait plusieurs variétés qu'il n'est pas inutile d'étudier avec soin.

Elle était *blanche* dans toute l'étendue de l'intestin, ou à très peu de chose près, chez douze individus dont :

4 sur 10 de la 1re série.
3 sur 7 de la 2e
5 sur 20 de la 3e
1 sur 9 de la 4e

C'est-à-dire que la proportion des cas dans lesquels l'intestin conservait la blancheur qui lui est naturelle, était d'autant plus considérable que la maladie avait été plus promptement funeste.

C'était le contraire pour la couleur *grise*, dont j'ai à peine trouvé des traces chez deux sujets morts avant le vingtième jour de l'affection, et qui existait, dans presque toute l'étendue de l'intestin, chez sept de ceux qui avaient succombé du vingtième au trentième, le plus ordinairement après le vingt-septième (obs. 2, 19, 25, 33, 35, 39), et chez quatre des individus qui étaient morts à une époque plus éloignée (obs. 15, 16, 17, 30).

La couleur *rouge* avait lieu chez un plus grand nombre de sujets que les précédentes, ou dans la troisième partie des cas ; à peu près dans la même proportion pour chacun des groupes entre lesquels j'ai réparti mes observations ; cinq fois dans toute la longueur ou presque toute la longueur de l'intestin (obs. 3, 11, 14, 42, 44), dix fois dans la moitié, le tiers ou le quart de l'organe, et presque toujours alors dans la portion la plus rapprochée du cœcum.

Enfin, la couleur *jaune*, dont j'aurais pu réunir les exemples avec ceux de la couleur blanche, puisqu'elle semble n'être que celle-ci masquée par la bile, cette couleur n'existait que dans quatre cas ; chez un des sujets de la première série, dans presque toute la longueur de l'intestin (obs. 38) ; chez un de ceux de la seconde, dans

quelques points seulement (obs. 27); chez deux des individus de la troisième (obs. 22, 37).

Il est digne de remarque que la couleur grise est la seule que je n'aie rencontré, à très peu près du moins, que chez un certain ordre de sujets, ceux qui ont succombé à une époque plus ou moins éloignée du début; en sorte qu'à supposer ce fait l'expression d'une loi, il s'ensuivrait que la couleur grise n'a lieu, à la suite des affections de la nature de celle qui nous occupe, que chez les sujets morts vingt jours, et, ordinairement, bien davantage après le début. Ce qui ne pourrait avoir lieu, ce me semble, que par l'une de ces deux raisons; ou parce que cette couleur ne se développerait telle, ou de prime-abord, qu'à cette époque de la maladie; ou parce qu'elle serait une transformatiou de la couleur rouge. Et cette dernière supposition paraîtra de beaucoup la plus vraisemblable, si l'on se rappelle que la dégradation dont il s'agit a lieu, à la même époque, pour les glandes mésentériques, les plaques elliptiques de l'iléum, et même, bien que d'une manière moins évidente, pour la membrane muqueuse de l'estomac, dans les cas où elle est mamelonnée et dans quelques autres encore.

§ 5.

Consistance de la membrane muqueuse.

Cette consistance, à part les plaques elliptiques dont il sera parlé tout à l'heure, était naturelle dans toute la longueur de l'intestin, ou à très peu près, chez neuf des quarante-deux individus chez lesquels je l'ai examinée avec soin; savoir :

chez 2 sujets, sur 9 du 1er groupe
2 sur 7 du 2e

chez 2 sujets sur 18 du 3e
3 sur 9 du 4e

En sorte que la membrane muqueuse de l'intestin grêle avait plus souvent la consistance qui lui est naturelle, chez les individus dont l'affection avait traîné en longueur, ou qui étaient morts du vingtième au trentième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient succombé rapidement.

Elle était plus ou moins ramollie dans les autres cas; treize fois dans toute l'étendue de l'intestin, vingt fois dans les trois quarts, la dernière moitié, le dernier quart, ou le dernier mètre de l'organe.

Ce ramollissement avait lieu dans les quatre groupes de sujets de la manière suivante :

1° Dans le premier groupe, ou chez les individus qui avaient succombé du huitième au quinzième jour de l'affection, il était universel dans deux cas, et très peu considérable dans l'un d'eux (obs. 10); presque universel dans trois autres (obs. 9, 11, 13), et si profond dans l'un, que la membrane n'avait que la consistance du mucus. Il était borné aux 9 décimètres de l'iléum voisins du cœcum, chez les deux derniers.

2° Parmi les cas du second groupe, le ramollissement était universel et très considérable chez deux sujets (obs. 30, 36). Il occupait la moitié ou le dernier tiers de l'organe chez trois autres; et, chez l'un d'eux, la muqueuse était sans la moindre consistance.

3° Le ramollissement était général chez huit sujets enlevés du vingtième au trentième jour de l'affection, et il existait à un médiocre degré dans trois cas; il était borné au dernier tiers ou aux 12 derniers décimètres dans huit autres cas de la même série, dont quelques-uns l'offraient au degré le plus considérable:

4° Enfin, parmi les sujets du dernier groupe, le ramollissement était universel dans un cas, borné au dernier tiers de l'intestin dans deux autres (obs. 15, 30), au mètre voisin du cœcum dans les deux derniers (obs. 14, 16).

Le ramollissement dont il s'agit étant une lésion secondaire, il serait assez naturel de croire que s'il était moins fréquent chez les sujets qui avaient succombé après trente jours de maladie, que chez ceux qui avaient été emportés plus tôt, c'est peut-être parce qu'il avait rétrogradé ; d'autant plus, comme nous l'avons vu tout à l'heure, que la couleur grise (dégradation *probable* de la couleur rouge) est plus fréquente chez les mêmes sujets que chez les autres. Mais on peut faire à cette manière de voir plus d'une objection plausible, ainsi que nous le verrons plus tard.

J'ai dit que le ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin grêle était secondaire ou accessoire; et cela résulte incontestablement de ce que chez plusieurs des sujets morts du huitième au quinzième jour de l'affection, et chez lesquels on ne saurait admettre que la lésion ait pu disparaître entièrement, cette membrane avait la consistance qui lui est naturelle.

Mais, quelle était la nature de ce ramollissement? On ne peut essayer la solution de ce problème qu'en comparant entre elles l'épaisseur, la consistance et la couleur de la muqueuse qui nous occupe : or, voici les éléments de la question, rapprochés les uns des autres.

Dans huit des douze cas où le ramollissement existait à un degré plus ou moins considérable, dans toute ou presque toute la longueur de l'intestin, la membrane muqueuse était pâle ou grisâtre ; elle était plus ou moins rouge dans les autres, à la fin, ou dans la dernière moitié, ou dans toute l'étendue de l'iléum : et le ramollissement n'était pas

plus considérable dans ces cas que dans les premiers. Il n'y avait d'épaississement manifeste que chez deux des sujets dont la muqueuse était blanche, ou seulement tachée de rouge pâle dans quelques points. Que conclure de ces faits? Faut-il admettre que le ramollissement rouge et le ramollissement blanc ont chacun une cause à part? que l'un est inflammatoire, l'autre d'une nature différente? Cette question que je me suis déjà faite ailleurs sans pouvoir la résoudre (1), me semble pouvoir être décidée aujourd'hui affirmativement, au moins dans certains cas. Car s'il est vrai que le ramollissement soit l'effet ordinaire de l'inflammation aiguë, que là où l'on trouve réunis la rougeur, l'épaississement et le ramollissement, l'inflammation soit certaine; que là où le ramollissement et la rougeur existent sans épaississement, la chose soit encore très vraisemblable; il n'en est pas ainsi quand le ramollissement a lieu dans des circonstances opposées, c'est-à-dire sans rougeur et sans épaississement. Une autre manière de voir n'aurait de fondement, ce me semble, qu'autant qu'il serait prouvé que la nature n'a qu'un mode pour arriver au ramollissement qui nous occupe. Mais le contraire me paraît positivement établi pour le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac et du tissu cellulaire correspondant, comme il a été dit plus haut; et nous verrons, dans peu, qu'il en est encore ainsi pour d'autres organes, dans beaucoup de cas. Loin donc de penser que le ramollissement de la membrane interne de l'intestin grêle soit toujours inflammatoire, il me semble nécessaire d'admettre qu'il est d'une autre nature chez quelques sujets.

On objectera peut-être à cette manière de voir que dans

(1) Voyez mes *Recherches sur la phthisie*, Paris, 1825, page 99.

quelques cas où la membrane muqueuse du jéjunum était ramollie, sans rougeur ni épaississement, les plaques elliptiques de cette portion de l'intestin étant d'ailleurs dans l'état naturel, on a trouvé les glandes lymphatiques correspondantes plus ou moins rouges et volumineuses; ce qui semblerait indiquer une inflammation de la muqueuse. A cela je répondrai que le même état des glandes a été observé dans des cas où cette membrane était parfaitement saine, comme nous le verrons fort en détail dans la suite; de manière que cette objection est sans force.

Nous avons vu dans la première partie de cet ouvrage, au sujet des plaques elliptiques de l'intestin grêle, que toutes les fois qu'elles sont ramollies et épaissies, elles sont rouges; que toutes les fois qu'elles sont ramollies et rouges, elles sont épaissies: et c'est une nouvelle raison de croire que les divers attributs de l'inflammation ne s'isolent pas aussi aisément qu'on pourrait l'imaginer, qu'un seul de ces attributs, la rougeur, l'épaississement ou le ramollissement, ne suffit pas pour attester l'inflammation de l'organe où on l'observe.

Je suis loin de prétendre néanmoins qu'il ne faille reconnaître pour enflammés que les organes à la fois épaissis, rouges et ramollis, ou seulement ramollis et rouges; l'histoire des membranes séreuses suffirait pour faire justice de cette manière de voir. On ne saurait douter non plus que quelques membranes muqueuses, celles de la trachée-artère et du larynx, ne soient quelquefois enflammées sans être sensiblement épaissies et ramollies. On peut en dire autant de celle de la vessie; et nous avons vu, chez un sujet dont l'histoire précède, la membrane muqueuse de la vésicule biliaire manifestement enflammée, puisqu'elle avait sécrété une certaine quantité de pus,

sans être ramollie ou épaissie d'une manière appréciable (obs. 1). Mais cela n'a pas toujours lieu, à beaucoup près; et, pour en revenir à notre sujet, quand on observe une inflammation partielle, évidente, de la muqueuse de l'intestin grêle, au-dessus des cryptes solitaires, par exemple, on trouve cette membrane à la fois ramollie, plus ou moins rouge et épaissie. Tout cela prouve que la question qui nous occupe n'est pas aussi facile à décider qu'on pourrait le croire, et que l'histoire du ramollissement des membranes muqueuses est loin d'être complète.

Mais le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, celui qui n'est accompagné ni de rougeur ni d'épaississement de cette membrane, ne serait-il pas, au moins dans un certain nombre de cas, le résultat de la décomposition cadavérique commençante? Cela paraîtra assez vraisemblable si l'on considère l'époque de l'année à laquelle la mort a eu lieu. Il est remarquable, en effet, que sur 23 sujets qui ont succombé pendant les six mois les plus froids de l'année, 6 seulement offraient le ramollissement dont il s'agit à divers degrés; tandis que sur 20 sujets emportés dans les six mois les plus chauds, 9, ou près de la moitié, étaient autant d'exemples du même ramollissement à des degrés pareils.

A la vérité le chiffre des faits comparés n'est pas considérable, et l'on peut se demander si la différence que je viens de signaler ne serait pas une simple coïncidence, si des faits plus nombreux ne conduiraient pas à d'autres résultats. Mais cette supposition paraîtra peu fondée, si l'on considère les cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'intestin grêle n'était pas ramollie : car presque tous, 11 sur 14, sont relatifs à des sujets qui ont succombé dans les

mois les plus froids de l'année, et trois seulement à des malades qui sont morts dans les mois les plus chauds.

Tout semble donc indiquer que le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, celui qui n'est accompagné ni d'épaississement, ni de rougeur, est, au moins en partie, le résultat de la décomposition cadavérique commençante. Je dis en partie, parce que l'existence de ce ramollissement, chez un certain nombre de sujets morts dans la saison froide, montre qu'il reconnaît encore une autre cause; soit une lésion particulière, et jusqu'ici inconnue, de la membrane muqueuse dont il s'agit: soit une altération des liquides et des autres matières qui se trouvent dans l'intestin, lors de la mort des sujets; et, cette supposition admise, on concevrait comment la chaleur n'a pas la même action sur tous les tissus, comment les uns subissent rapidement son influence, comment les autres semblent s'y soustraire, au moins pour un certain temps, ainsi qu'on serait tenté de le croire pour la membrane muqueuse de l'estomac, d'après ce qui a été dit dans l'article précédent.

§ 6.

Des plaques elliptiques, ou glandes agminées de Peyer.

Les plaques elliptiques de l'iléum étaient plus ou moins profondément altérées chez tous les sujets, dans l'espace de 7 à 26 décimètres. Elles l'étaient dans toute l'étendue de l'intestin dans un seul cas.

Cette altération se présentait sous deux formes bien distinctes et ordinairement faciles à reconnaître, au premier coup d'œil. Je les exposerai successivement.

Première forme de l'altération des plaques elliptiques.

Elle offrait chez les mêmes individus de nombreux degrés, dont le plus grave occupait le voisinage du cœcum, et le plus faible les plaques qui en étaient le plus éloignées.

Entre les plaques plus ou moins altérées, on n'en trouvait presque jamais dans l'état naturel : ce qui indique, comme je l'ai remarqué plus haut, que leur altération avait lieu d'une manière progressive, du cœcum vers le duodénum ; et non pas simultanément, dans des points plus ou moins éloignés les uns des autres.

Le passage des plaques saines à celles qui étaient altérées avait lieu, dans quelques cas, d'une manière graduée, le plus ordinairement d'une manière brusque ; et l'on trouvait, chez quelques sujets, tous, ou presque tous les degrés de la lésion. En allant des plaques les moins altérées vers celles qui l'étaient le plus, ou vers le cœcum, voici ce qu'on observait.

Les premières plaques formaient une saillie peu considérable, avaient une couleur pâle ou rose tendre. Les points grisâtres qui, dans l'état naturel, existent chez presque tous les sujets et indiquent l'orifice des cryptes, avaient disparu, et le ramollissement de la muqueuse était peu considérable. Après ces plaques en venaient d'autres dont l'épaisseur, le ramollissement et la rougeur étaient progressivement plus marqués. Les premières d'entre elles offraient, dans quelques cas, une surface comme grenue, ou finement mamelonnée, sur laquelle on distinguait un plus ou moins grand nombre d'orifices béants, qui tenaient la place des points gris dont il vient d'être question, et n'étaient autre chose que les orifices des cryptes ;

de manière que, dans ce degré, l'effet le plus remarquable de la lésion était le développement et, pour ainsi dire, l'exagération de la structure des parties (obs. 1, 10, 13, 21). Bien que la simple inspection rendît cette disposition évidente, on pouvait en avoir une nouvelle preuve en enlevant la plaque elle-même, ou plutôt la portion de membrane muqueuse qui concourt à sa formation ; car alors on trouvait les saillies observées à sa face libre, plus ou moins marquées à sa face adhérente, et, en mettant cette plaque entre l'œil et la lumière, on voyait alternativement des points opaques et des points demi-transparents qui indiquaient (ces derniers) les intervalles des cryptes. — Le tissu cellulaire sous-muqueux était plus ou moins épaissi, d'un rouge tendre, analogue à celui de la muqueuse : en sorte que la saillie formée par les plaques était, dans ce premier degré de la lésion, le résultat du double épaississement de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent.

A la suite de ces plaques s'en trouvaient d'autres plus rouges, plus épaisses, plus larges, plus molles, uniformes, non mamelonnées, sans orifices béants, dont les cryptes n'étaient plus distinctes. On ne pouvait les enlever par traction, comme les précédentes, et le tissu cellulaire sous-muqueux était aussi plus rouge et plus épais qu'au-dessous des plaques dont la muqueuse était moins altérée.

Enfin, à une distance plus ou moins rapprochée du cœcum, les plaques offraient des ulcérations : les unes commençantes ou superficielles, avec destruction incomplète de la muqueuse; les autres plus profondes, avec destruction entière de cette membrane; tantôt uniques, tantôt multiples sur une même plaque : en sorte que la destruction de la muqueuse, dans toute la largeur de la

plaque, paraissait due, tantôt à la réunion de plusieurs petites ulcérations, tantôt à l'augmentation progressive d'une seule et même ulcération.

Le tissu cellulaire sous-muqueux qui formait la surface des ulcérations était, sur plusieurs d'entre elles, à peu près dans le même état que sur les plaques non ulcérées, n'offrait pas de traces de destruction : tandis que sur d'autres plus voisines du cœcum, il était détruit dans une épaisseur et dans une étendue variables ; et la tunique musculaire mise à nu était ordinairement plus ou moins rouge et épaissie, ses fibres bien distinctes. Dans quelques cas ces fibres elles-mêmes étaient détruites dans une certaine étendue, et la membrane péritonéale venant à se rompre, il en résultait une perforation, ordinairement unique, quelquefois double chez le même sujet: Huit des quarante-six individus dont j'analyse les lésions en étaient l'exemple.

D'ailleurs tous ces degrés d'une même altération avaient eu lieu, dans quelques cas, très rapidement; de manière que la perforation, qui en était le dernier terme, existait chez un sujet mort au quatorzième jour de l'affection, quarante heures après le début des accidents dont elle avait été la cause. Plus tard je reviendrai sur ces perforations; mais il convient, dès à présent, de remarquer qu'elles avaient constamment lieu près du cœcum, dans les derniers 30 centimètres de l'iléum; ce qui est une conséquence du fait signalé plus haut; savoir, que l'altération des plaques était d'autant plus profonde, qu'elles étaient plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale.

A part leur profondeur et leur étendue, qui étaient, comme on vient de le voir, extrêmement variables, les ulcérations offraient entre elles de notables différences.

Leur pourtour, qui était ordinairement régulier, ovalaire ou arrondi, était anguleux, comme dentelé, dans quelques cas. Ou bien, au lieu d'être coupés perpendiculairement, leurs bords l'étaient en dédolant; de manière que la destruction de la muqueuse avait lieu dans une largeur plus considérable que celle du tissu cellulaire, qui, à son tour, était plus largement détruit que la membrane musculaire. Chez quelques sujets aussi, les bords, au lieu d'être coupés net, offraient des lambeaux plus ou moins larges, étaient plus ou moins décollés dans une certaine largeur (obs. 1, 13, 31, 44).

C'est surtout chez les individus morts du quinzième au trentième jour de l'affection, que l'altération qui nous occupe présentait les nuances et les caractères indiqués. Mais il n'en était pas ainsi chez ceux qui avaient succombé avant le quinzième jour, ou après le trentième. Chez les premiers les ulcérations étaient généralement petites, peu profondes et peu nombreuses; ou bien (cette disposition eut lieu dans deux cas) elles manquaient, et les plaques elliptiques étaient seulement plus ou moins rouges, épaissies et ramollies dans une partie de l'iléum. Deux cas de cette espèce se sont encore offerts chez deux des sujets morts à une époque plus avancée, au vingt-cinquième et au trente-neuvième jour de l'affection (obs. 27): mais ces cas sont les seuls que j'aie observés, parmi les individus dont la marche de la maladie n'avait pas été extrêmement rapide.

Chez ceux qui avaient été emportés plus tard, ordinairement après le trentième jour, les plaques elliptiques, ulcérées ou non ulcérées, offraient les modifications suivantes. Leur couleur rouge plus ou moins intense, indiquée plus haut, était remplacée par un mélange de rouge, de gris et de bleu, dans des proportions variées; ou bien les plaques

étaient grisâtres et bleuâtres, sans mélange de rouge, avaient une épaisseur moindre et une consistance plus marquée que celles qui étaient rouges : de manière que plus elles s'éloignaient de la couleur de celles-ci, moins elles étaient épaisses et molles.

Ces diverses nuances de couleur, depuis le rouge jusqu'au gris ; ces divers degrés d'épaississement, de ramollissement, de la manière et dans la progression indiquées, dans des cas où la mort avait eu lieu à une époque éloignée du début, indiquent que les plaques qui en étaient le siége avaient eu, à une certaine période de l'affection, tous les caractères des plaques rouges, et que les différences observées entre elles et celles-ci étaient une suite de la marche rétrograde de la nature et du retour des plaques à l'état normal : ce dont nous avions déjà pu nous convaincre dans la première partie de cet ouvrage.

Le tissu sous-muqueux offrait les mêmes dégradations de couleur, de consistance et d'épaisseur, que les plaques fussent ou ne fussent pas ulcérées. Celles qui étaient ulcérées n'avaient, dans quelques-uns des cas dont il s'agit, rien autre chose de remarquable ; dans d'autres, leurs bords étaient plus ou moins affaissés dans toute ou seulement dans une partie de leur étendue ; et, dans quelques-uns, la surface de l'ulcération, plus ou moins déprimée, était brillante et polie, revêtue d'une pellicule extrêmement mince, transparente comme les membranes séreuses, et continue avec le tissu sous-muqueux placé au pourtour de l'ulcération. C'était une véritable cicatrice, attestant une marche rétrograde et un travail réparateur de quelque durée. Aussi n'en ai-je rencontré d'exemple que chez les sujets morts à une époque éloignée du début de l'affection, c'est-à-dire après

trente-sept, quarante et quarante-trois jours de maladie (obs. 15, 16, 17).

D'ailleurs, les ulcérations cicatrisées, ou seulement en voie de cicatrisation, offraient, dans quelques cas, les mêmes particularités que les ulcérations de la peau qui affectent la même tendance. Tandis que la cicatrice commençait d'un côté, elle semblait ne pouvoir se faire de l'autre, la muqueuse et le tissu sous-muqueux étant décollés dans une partie du pourtour de l'ulcération (obs. 36). On trouvait, dans un autre cas, au milieu d'une cicatrice déjà avancée, des débris de membrane muqueuse, espèces d'îlots qui indiquaient que sur la plaque où on les observait, comme sur beaucoup d'autres où il n'y avait pas de cicatrice, plusieurs ulcérations s'étaient manifestées à la fois.

Enfin, dans les cas où il y avait des cicatrices entières ou commençantes, toutes les ulcérations n'en offraient pas ; le travail réparateur, plus ou moins avancé, n'existait que dans le voisinage du cœcum; de manière, comme je l'ai déjà remarqué plus haut, que la nature suivait toujours la même marche, soit dans la production, soit dans la réparation du désordre.

Les petites plaques qui, dans l'état naturel, existent ordinairement entre les plaques elliptiques de l'iléum, partageaient assez souvent l'état de celles-ci, offraient les mêmes lésions et au même degré. Il en était à peu près de même de celles qui précèdent immédiatement la valvule iléo-cœcale, et occupent, dans la largeur de 40 à 70 millimètres, tout le pourtour de l'intestin, ou à très peu près. Elles étaient plus ou moins rouges ou bleuâtres, ramollies, épaissies, ulcérées, plus exactement confluentes que dans l'état normal, mais moins profondément ulcérées, en général, que les dernières plaques elliptiques de l'iléum. Aussi, comme je le rappellerai

plus tard, n'ai-je observé qu'un cas de perforation dans l'espace qu'elles occupent.

Seconde forme de l'altération des plaques elliptiques.

Entre cette forme et la précédente, toute la différence consistait dans le mode d'altération du tissu sous-muqueux; de manière que nous n'avons à nous occuper que de celui-ci.

Au lieu d'être plus ou moins rouge, épais et humide, sans autre altération de structure; de partager seulement à un degré plus ou moins remarquable l'inflammation de la muqueuse qui le recouvre, comme dans la variété précédente, le tissu cellulaire sous-muqueux était transformé, dans celle-ci, dans toute ou presque toute la longueur de la plaque altérée, en une matière homogène, sans organisation apparente, d'une teinte rose plus ou moins faible ou jaunâtre, aride ou luisante à la coupe, plus ou moins résistante ou friable, de 4 à 7 millimètres d'épaisseur.

Il était facile de se convaincre que le développement de cette matière avait lieu, non à la surface du tissu sous-muqueux, mais dans son épaisseur, en faisant une incision perpendiculaire à la plaque qui en était le siége; car alors on voyait, à son pourtour, le tissu dont il s'agit se bifurquer, et ses lames, encore reconnaissables dans la largeur de 4 millimètres ou environ, écartées l'une de l'autre par la matière en question.

Tant que les plaques n'étaient pas ulcérées, que leur membrane muqueuse était seulement plus ou moins rouge, épaissie et molle, elles avaient une surface plane et uniforme; la matière qui les distingue des premières offrait une certaine consistance à sa face supérieure, et cette consistance était plus considérable à mesure qu'on s'approchait de la tunique musculaire, à une certaine distance de laquelle elle

était comparable à celle des glandes lymphatiques saines. Mais une fois ulcérées, ces plaques étaient inégales, plus ou moins profondément sillonnées, ordinairement dans le sens de leur petit diamètre, reconnaissables, à la première vue, à raison de ces inégalités et de la couleur jaune qu'elles empruntaient à la bile ; et la matière qui les formait spécialement était très friable à leur surface, bien que d'une bonne consistance près de la tunique charnue.

D'ailleurs, cette friabilité n'avait pas seulement lieu dans les points découverts ; on l'observait encore, chez quelques sujets, dans ceux qui ne l'étaient pas ; et alors on séparait, sans effort, la matière qui nous occupe, des parties avec lesquelles elle était encore unie. Dans quelques cas cette séparation s'était faite spontanément, et la portion détachée, qui était sans odeur, ne tenait au pourtour de l'ulcération que dans une très petite étendue.

Aucun liquide n'était uni à cette matière dans les points, non découverts, où elle était friable ; en sorte qu'on ne peut entièrement comparer son mode de séparation à celui de la matière tuberculeuse, à laquelle sa couleur et, dans beaucoup de cas, la rapidité de son développement, ne permettent pas, d'ailleurs, de la comparer. On ne peut pas non plus l'assimiler à celui des eschares gangréneuses avec lesquelles elle avait si peu de points de contact : de manière que si nous connaissons quelques-unes des circonstances principales de son développement et de sa destruction, nous ignorons sa nature.

Ordinairement bien circonscrite par le contour des plaques, cette matière offrait, dans quelques cas, des prolongements étroits, ou espèces d'appendices, qui s'étendaient à une distance de deux à quatre millimètres de part et d'autre.

On l'observait aussi dans l'épaisseur des petites plaques

irrégulières qui se trouvent dans l'intervalle des plaques elliptiques, et elle se présentait, chez plusieurs sujets, sous forme de boutons de quatre à sept millimètres de diamètre et d'une hauteur égale.

Ce mode d'altération des plaques existait chez un peu moins de la troisième partie des individus, ou chez treize des quarante-six dont nous étudions l'histoire. Il était réuni au premier dans trois cas (obs. 5, 18, 24), sans complication du même genre dans les autres (obs. 4, 6, 7, 8, 9, 10, 23, 32, 38, 45), et il n'occupait pas une moindre étendue de l'intestin que le premier. Il est même à remarquer que le seul cas dans lequel les plaques aient été altérées dans toute la longueur de l'organe, appartient à la forme qui nous occupe (obs. 4); forme qu'on pourrait appeler *dure*, par opposition à la première qu'on appellerait *molle*; ce que je ferai dans la suite.

Un fait digne d'attention, c'est que les plaques dures avaient lieu, proportion gardée, beaucoup plus fréquemment chez les sujets morts du huitième au quinzième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient succombé après cette époque. Les cas où on les observait étaient distribués de la manière suivante :

6 chez les 10 sujets du 1er groupe.
2 chez les 7 du 2e
5 chez les 20 du 3e

Ces proportions tiennent-elles à une loi? Faut-il au contraire les attribuer au hasard? La première supposition me semble la plus vraisemblable, vu que la proportion des cas diminue du premier au second groupe, de celui-ci au troisième, et que je n'ai pas observé un seul exemple de plaques dures chez les sujets qui ont succombé après le trentième

jour de l'affection. Y aurait-il plus de péril attaché à ces plaques qu'aux plaques molles?

Cette question me paraît à peu près décidée, d'une manière affirmative, par les faits qui m'ont été communiqués par M. le docteur Barth, et qui ont été recueillis par lui, dans ces derniers temps, à l'Hôtel-Dieu. Dans ces cas, en effet, comme dans ceux que j'ai observés, la durée de la maladie n'a pas été la même chez les individus dont les plaques elliptiques de Peyer étaient molles ou dures; de telle manière que chez huit de ces derniers, la durée moyenne de l'affection a été de dix-neuf jours, tandis qu'elle a été de trente-six chez dix-neuf des premiers. J'ajouterai que ce résultat de l'observation est conforme, si ma mémoire ne me trompe pas, à ce que M. Bretonneau m'a dit avoir observé.

Une autre question se présente encore ici relativement à l'altération si remarquable du tissu cellulaire dont il s'agit; savoir, si cette altération est susceptible de résolution, comme nous avons vu que cela avait lieu pour le tissu cellulaire des plaques molles.

Cette question, à laquelle les faits que j'ai recueillis ne peuvent répondre d'une manière satisfaisante, ne me paraît pas résolue par ceux qu'a cités M. Chomel; ce qui tient peut-être à ce que les deux observations (14 et 15) données comme des exemples de cette résolution (1) manquent de détails suffisants, par rapport à l'objet en question; de manière que la description du tissu cellulaire des plaques a été entièrement omise dans l'une de ces observations, la 15e.

Si les plaques altérées offraient entre elles de notables différences relativement au mode de lésion du tissu cellulaire,

(1) Leçons cliniques; fièvres typhoïdes, p. 169.

elles se rapprochaient, en ce que la lésion de ce tissu avait lieu dans tous les cas, quel que fût d'ailleurs le caractère de l'altération; que les sujets eussent été emportés rapidement ou après un espace de temps plus ou moins considérable; que la membrane muqueuse des plaques fût très rouge, très ramollie et très épaissie, ou que cette lésion existât à un degré très modéré; que les cryptes, dont la réunion forme la partie principale de la plaque, fussent ou non reconnaissables. De manière qu'il n'est pas possible de décider si l'une de ces deux lésions était primitive ou consécutive, et que, les ayant toujours rencontrées réunies, nous devons être portés à croire qu'elles se sont développées simultanément. Conclusion presque rigoureuse, la seule qui ne soit pas en opposition avec les faits, et qui ajoute encore au caractère spécifique de la lésion, puisque, dans la plupart des cas où les membranes muqueuses sont enflammées, le tissu cellulaire sous-muqueux ne participe pas à l'inflammation.

Je devrais peut-être tirer de l'état des plaques dures, une conséquence plus inattendue; car sur plusieurs d'entre elles la membrane muqueuse, bien que ramollie, ne l'était pas à un degré extrême, et la matière dure placée au-dessous n'en était pas moins fort épaisse alors. Loin donc de considérer cette dernière lésion comme conséquence de la première, ce qui serait admettre un effet disproportionné avec la cause, on conclurait plus rigoureusement des faits, en admettant que chez un certain nombre de sujets atteints d'affection typhoïde, l'altération du tissu cellulaire des plaques commence avant celle de la membrane muqueuse correspondante. N'oublions pas toutefois qu'il n'y a ici que des probabilités.

Et pour ne pas faire dire aux faits plus qu'ils ne disent en réalité, je remarquerai que si le tissu cellulaire qui fait partie

des plaques a été trouvé plus ou moins altéré dans tous les cas où il a été décrit avec soin, cette altération n'a pas été constamment grave. Ainsi, dans la 44e observation qui est relative à un sujet qui succomba après trente-six jours de maladie, à la suite d'une perforation de l'iléum, ce tissu, bien qu'épaissi, avait conservé sa couleur blanche, et il n'est pas à présumer que cette couleur ait été profondément altérée, plus ou moins rouge, à une époque plus rapprochée du début du premier accident; car, alors, on en aurait sans doute trouvé quelque trace. De manière qu'il faut admettre, comme très vraisemblable, que dans quelques cas, en petit nombre sans doute, l'altération du tissu cellulaire des plaques est légère, bien que réelle, et consiste en une simple hypertrophie.

D'ailleurs, que les plaques elliptiques fussent dures ou molles, le nombre de celles qui étaient plus ou moins profondément altérées était ordinairement considérable, de douze à quarante dans les deux tiers des cas; et, dans ceux où elles étaient le plus larges et le plus rapprochées, elles occupaient, réunies aux cryptes solitaires et aux petites plaques, dans les 7 derniers décimètres de l'intestin, la plus grande partie de sa surface.

Un autre fait qu'il importe de remarquer, c'est que, quand la mort arrivait peu après le début, le nombre des plaques plus ou moins profondément altérées était considérable, généralement plus que dans la circonstance opposée.

Ce que j'avais observé avant 1829, je l'ai constamment observé depuis, et les mêmes faits ont été vérifiés par nombre de praticiens nationaux ou étrangers, entre autres par M. Chomel, qui assure avoir rencontré l'altération des plaques elliptiques de Peyer, que j'ai décrite, dans *tous* les cas

de fièvre typhoïde qui se sont présentés à son observation (1).

Toutefois, bien que les recherches de M. Chomel soient en harmonie avec les miennes et en deviennent ainsi la confirmation, je dois dire que quelques-unes des propositions relatives aux plaques de Peyer, qui se trouvent consignées dans ses leçons cliniques, ne me paraissent pas entièrement conformes aux faits, et méritent, par cette raison, que je m'y arrête. Ainsi, M. Chomel admet bien les deux variétés de l'altération des plaques de Peyer que j'ai décrites et que j'ai désignées sous les noms de *plaques dures* et de *plaques molles*, mais il considère la lésion de la membrane muqueuse qui concourt à la formation des plaques comme différente dans ces deux variétés; ce qui me semble en opposition avec l'observation; car la membrane muqueuse qui recouvre les plaques molles, dites réticulées par M. Chomel, et les plaques dures, m'a toujours paru, comme je l'ai dit, altérée de la même manière dans ces deux variétés, plus ou moins vivement enflammée, suivant l'époque à laquelle les malades succombaient; tantôt offrant une multitude d'orifices élargis et une sorte d'aspect réticulé, tantôt une couleur d'un rouge plus ou moins foncé avec un aspect tomenteux, quel que soit d'ailleurs l'état du tissu cellulaire sous-jacent. J'ajoute que, dans aucun cas, je n'ai pu me convaincre de l'exactitude de ce qui est dit aux pages 60 et 74 du même ouvrage, dans les termes suivants : « La muqueuse qui recouvre les plaques dures nous a paru, dans le seul cas observé par nous au septième jour, et dans le petit nombre de ceux où les malades sont morts à une époque très rapprochée du début, n'avoir éprouvé aucune altération notable : sa couleur est le plus souvent celle de la muqueuse voi-

(1) Leçons de clinique médicale recueillies et publiées par M. le docteur Genest, p. 222 et 223.

sine, sa surface est lisse, sa consistance à peu près normale; son épaisseur est plutôt diminuée qu'augmentée » (p. 60). Et, comme confirmation de ces propositions, on lit, page 74: « La première modification que l'on aperçoit à la surface des plaques est présentée par la muqueuse qui les recouvre. Cette membrane commence, en effet, vers les huitième, neuvième et dixième jours de la maladie, ou même plus tard, quand le développement de la plaque ne remonte pas aux premiers jours de la maladie, à perdre de son aspect lisse. Elle devient rugueuse, se creuse, disparaît même entièrement, etc., etc. » Si des faits semblables se sont montrés à l'observation de M. Chomel, comme l'ouvrage de M. Genest semble l'indiquer, ces faits ne peuvent être considérés que comme des exceptions qui confirment ce que j'ai dit sur l'époque du développement de la matière qui occupe le tissu cellulaire sous-muqueux, dans un certain nombre de cas; mais on ne saurait les regarder comme l'expression d'une loi générale : l'observation quotidienne ne peut laisser de doute sur ce point.

Je ne saurais non plus partager l'opinion attribuée à M. Chomel sur la nature de l'altération subie par la membrane muqueuse qui fait partie des plaques, dans la variété qu'il désigne sous le nom de *plaques réticulées* (plaques molles). On lit, en effet, page 168, de l'ouvrage dont il est question : « Il est inutile de dire que les plaques gauffrées seules (plaques dures) peuvent offrir le retour à l'état naturel, puisque la muqueuse qui recouvre les plaques réticulées a toujours subi une altération analogue à la gangrène. » Cette altération de la muqueuse m'a toujours paru, en effet, inflammatoire; elle a même, il faut le dire, manifestement ce caractère, comme on l'a vu dans les observations qui précèdent; et si la gangrène s'empare quelquefois de la membrane muqueuse des plaques molles, ce ne peut être que

consécutivement à l'inflammation, accidentellement. On a vu plus haut, d'ailleurs, que la résolution des plaques gauffrées était loin d'être démontrée.

§ 7.

Des cryptes isolées, ou glandes de Brunner.

Ces cryptes, qu'on n'aperçoit pas, à la première vue, dans l'état naturel, existaient, dans l'intervalle des plaques elliptiques plus ou moins profondément altérées, dans douze cas, dans une étendue de soixante à quatre-vingt-dix centimètres, rarement plus, toujours dans le voisinage du cœcum; et, à une exception près, elles étaient d'autant plus rapprochées et plus volumineuses qu'on les observait plus près de cet intestin.

Ordinairement un peu aplaties et blanches, elles étaient quelquefois arrondies, d'une couleur rousse ou grisâtre. Elles ne m'ont offert un point gris à leur centre, comme on le voit le plus souvent sur les plaques elliptiques dans l'état normal, ou sur les cryptes plus ou moins éparses du gros intestin, que chez un sujet. Chez deux autres elles étaient plus ou moins rouges, miliaires d'abord, puis successivement plus volumineuses en approchant du cœcum, avaient subi, dans cette dernière partie, une altération semblable à celle des plaques elliptiques.

Les cryptes plus ou moins rouges n'étaient pas les seules au-dessous desquelles le tissu cellulaire sous-muqueux fût plus ou moins altéré. Ce tissu formait, ordinairement, une petite saillie arrondie, blanchâtre, qu'on ne pouvait enlever par le grattage, au-dessous des cryptes qui avaient une couleur blanche; et, comme ces petites tumeurs ne m'ont paru avoir d'orifice chez aucun sujet, on peut se demander, ce me sem-

ble, si elles sont réellement des cryptes, au moins dans le plus grand nombre des cas. L'observation suivante, la seule qui m'ait offert l'altération qui nous occupe dans toute la longueur de l'intestin grêle, offre aussi quelque sujet de doute à cet égard.

Il est d'ailleurs remarquable que les cryptes n'ont offert d'ulcérations que dans trois cas, et toujours dans le voisinage du cœcum (obs. 11, 18, 39).

XXe OBSERVATION (1).

Diarrhée, anorexie, découragement au début, avec douleur de gorge depuis trois jours; progression de la diarrhée et des douleurs de gorge; symptômes du croup, délire; mort au *quatorzième jour*. — Granulations blanches dans toute l'étendue de l'intestin grêle; plaques elliptiques de l'iléum rouges et ramollies; glandes mésentériques rouges, volumineuses et ramollies, près du cœcum surtout; fausse membrane sur le pharynx et les voies aériennes, etc., etc.

Un domestique, âgé de vingt-trois ans, à Paris depuis onze mois, d'un tempérament bilioso-sanguin, fort, large, bien développé, ordinairement bien portant, fut admis à l'hôpital de la Charité le 12 août 1823, alors malade depuis trois jours pleins. L'affection, qui avait été précédée d'un léger mal de gorge pendant quarante-huit heures, avait débuté par un sentiment de fatigue universelle, le découragement, l'anorexie, la soif, la diarrhée, de légères douleurs à l'épigastre, qui était sensible à la pression; et, le lendemain, étaient survenus des frissons, la chaleur et des sueurs. Ces symptômes avaient persisté, la diarrhée était devenue tous les

(1) Cette observation fait partie de celles qui se trouvent dans mon mémoire sur le croup. J'avais cru pouvoir en retrancher, lors de sa publication, des détails que je rétablis ici, notamment ceux qui regardent l'intestin grêle.

jours plus considérable ; les douleurs de gorge n'avaient pas sensiblement augmenté.

Le 13 au matin : figure médiocrement colorée, tête lourde, un peu d'abattement, douleurs dans les membres et dans les lombes, anorexie, langue grisâtre, soif vive, déglutition facile ; ni douleurs ni rougeur au pharynx ; ventre bien conformé, mou, indolent ; dix selles dans les dernières vingt-quatre heures, quelquefois accompagnées de coliques ; urine facile et rouge ; chaleur douce, pouls à soixante-seize, sans caractère particulier : toux rare, existant depuis le mal de gorge ; bruit respiratoire sans mélange de râle.

Le lendemain, au moment de la visite, la chaleur était un peu plus élevée, le pouls à quatre-vingt-quatre, les autres symptômes comme la veille, et il n'y avait pas de bourdonnements d'oreille. (*Dix-huit sangsues à l'anus, eau de riz gommée*, ter.)

La diarrhée continuant (dix à douze selles en vingt-quatre heures), on réitéra l'application des sangsues les 15 et 16 ; il n'y eut pas de selle le 17. La chaleur fut assez élevée, il y eut beaucoup de malaise, quelques nausées dans la nuit du 15 au 16, et, ce dernier jour, des éblouissements et de la céphalalgie : le pouls était un peu étroit, à soixante-seize, la langue blanchâtre et villeuse.

Dans la nuit du 17 au 18, épistaxis considérable, douleurs de gorge. Le 18 au matin, ces douleurs subsistaient, le voile du palais était rouge, sans enflure, la déglutition difficile et souvent excitée ; il y avait des picotements et de la chaleur dans la partie enflammée ; le pouls était assez large, à quatre-vingt-huit, la chaleur modérée, la faiblesse moins considérable que les jours précédents, les facultés intellectuelles en bon état, la physionomie assez naturelle. (*Eau de riz, julep.*)

Le 19, la douleur de gorge continuait ; on voyait sur les

amygdales et sur les côtés de la luette, qui était rouge et infiltrée, une fausse membrane luisante, incomplétement opaque, qui tapissait aussi le pharynx; la voix était un peu altérée, le malade éprouvait une sorte d'embarras dans le larynx et dans la trachée-artère, au moment de la déglutition, craignait de satisfaire la soif qui était vive, à cause de la douleur de gorge : il avait eu quatre selles et des sueurs assez copieuses pendant la nuit. Son pouls était un peu étroit, à quatre-vingts; sa figure exprimait le malaise et l'abattement, on voyait quelques taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen. (*Vingt sangsues aux mâchoires.*)

Le 20, abattement moins considérable, physionomie beaucoup plus naturelle, fausse membrane bien plus opaque que la veille, voix altérée comme dans l'angine gutturale, région laryngée un peu sensible à la pression, respiration peu accélérée (dix-sept); le malade se trouvait encore moins bien qu'à l'ordinaire. (*Vingt sangsues au cou*; *petit-lait.*)

Le 21 (les sangsues n'avaient pas été appliquées), la fausse membrane enveloppait toute la luette et s'étendait un peu au devant; la déglutition causait des picotements et des déchirements insupportables à la gorge, la respiration était à vingt-cinq, le pouls à quatre-vingt-dix, un peu étroit; il y avait eu quatre selles et quelques coliques, le ventre était souple; les autres symptômes comme la veille. (*Vingt sangsues au cou*; *frict. au cou avec* 16 *grammes d'ong. mercuriel*; *deux pil. de merc. doux, dix fois*; *garg. adouc.*, *petit lait.*)

Les frictions ne furent pas faites, et il y eut du délire pendant la nuit. Le 22, haleine très fétide, voix croupale, déglutition impossible, parole très gênée, espèce d'embarras inexprimable dans la gorge; à peine quelques légères sensations pénibles le long du larynx et de la trachée-artère; fausse membrane un peu plus avancée que la veille sur la voûte

palatine, insomnie, plaintes, gémissements, air d'inquiétude, pouls régulier, à quatre-vingt-deux. (*Acide muriat.* pour toucher le pourtour de la fausse membrane.)

Le soir, l'aphonie était complète, la toux peu fréquente, il n'y avait pas de sifflement trachéal; on entendait, à une certaine distance, une sorte de tremblotement qui semblait avoir lieu dans la trachée-artère; la déglutition était impossible, et, quand le malade essayait de boire, les boissons sortaient par le nez. Il était fort inquiet de son sort, bien qu'il n'eût pas éprouvé d'accès de suffocation. Il eut, de nouveau, du délire pendant la nuit, sortit du lit et en descendit, le lendemain, à six heures, pour se jeter sur son voisin, qu'il pressait si vivement que trois hommes eurent de la peine à l'en arracher. Un quart d'heure après il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Raideur cadavérique extrêmement difficile à vaincre. Point de vergetures sur les côtés, ni à la face antérieure du tronc,

Tête. Veines cérébrales gorgées de sang; pie-mère très rouge; substance corticale rose dans toute son étendue, substance médullaire très injectée; l'une et l'autre d'une consistance convenable. Trois petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux. Le cervelet dans le même état que le cerveau.

Cou. Glandes cervicales triplées de volume, d'un rouge cramoisi, d'une bonne consistance. Fausse membrane sur le pharynx, la luette, le voile du palais, l'épiglotte, et le larynx; très adhérente à la partie supérieure du pharynx, et d'autant moins qu'on s'approchait davantage de l'œsophage où elle s'arrêtait. Son épaisseur et sa consistance dimi-

nuaient aussi dans le même sens. D'un peu moins d'un millimètre sur l'épiglotte, elle devenait tout-à-coup bien moins épaisse et moins consistante sur le larynx, 50 millimètres au-dessous duquel elle finissait insensiblement. La membrane muqueuse du pharynx était plus ou moins rouge, et cette rougeur, comme plaquée ou mise avec un pinceau, existait aussi, bien que moins vive, dans la trachée-artère et dans le larynx. Les follicules muqueux du pharynx étaient considérablement développés. Le plan charnu de cet organe avait 7 millimètres d'épaisseur près de la base du crâne, un peu moins ailleurs ; il était généralement ferme et un peu pâle, offrait, par intervalles, et surtout dans le voisinage de la membrane muqueuse, des ecchymoses. L'ouverture du larynx était seulement un peu moins large que dans l'état naturel.

Poitrine. Les poumons remplissaient exactement la cavité de la poitrine. Un peu violacés en arrière, ils avaient une couleur naturelle antérieurement, étaient d'un rose vif et parsemés, à l'intérieur, d'une infinité de taches distinctes du tissu environnant, par leur fermeté, leur aspect grenu, leur couleur rouge, dont l'intensité augmentait du sommet à la base de l'organe. — Le cœur était dans l'état naturel ; l'aorte présentait quelques taches rouges.

Abdomen. L'œsophage était sain. — L'estomac contenait une médiocre quantité de liquide jaunâtre et trouble. Sa membrane muqueuse était d'un rose tendre, dans le grand cul de-sac, offrait, au-dessous, jusqu'à 70 millimètres du pylore, des marbrures rouges qui se croisaient sous forme de losanges, un aspect mamelonné peu prononcé et irrégulier le long de la grande courbure. Elle avait une épaisseur un peu plus considérable (d'un tiers), et une consistance un peu moindre que dans l'état normal, si ce n'est

dans les 70 millimètres voisins du pylore. — La membrane muqueuse du duodénum était un peu ramollie. — L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de mucus jaunâtre, dans toute sa longueur. Sa membrane interne était généralement jaunâtre dans le jéjunum, offrait six zones rouges de 150 à 200 millimètres dans l'iléum; était, dans toute son étendue, à peu près doublée d'épaisseur, moins consistante que dans l'état normal, et soulevée par des espèces de granulations blanches, miliaires dans le voisinage du duodénum, puis d'autant plus volumineuses et plus rapprochées qu'elles étaient plus voisines de la valvule iléo-cœcale, près de laquelle elles n'étaient distantes les unes des autres que de 5 à 7 millimètres, sans orifices béants, ni point grisâtre ou noirâtre à leur centre. Ces espèces de granulations suivaient, pour la plupart, la muqueuse, quand on l'enlevait par traction, et le tissu cellulaire n'offrait rien de remarquable au-dessous. Les plaques elliptiques étaient minces et pointillées de gris dans le jéjunum, d'un rouge plus ou moins vif, épaissies dans l'iléum; et leur épaississement était dû, à la fois, à la membrane muqueuse et au tissu cellulaire sous-jacent, non moins rouge qu'elle. — Le cœcum était d'un rouge obscur, le colon marbré de rouge vif par intervalles; sa membrane muqueuse doublée d'épaisseur et notablement ramollie. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, d'un rouge amaranthe, surtout dans le voisinage du cœcum, où elles étaient ramollies; les mésocolites plus que doublées, d'un rouge obscur.— Le foie était un peu rouge et mollasse; la vésicule biliaire distendue par une grande quantité de liquide roussâtre et clair. — Le pancréas était d'un rose tendre. — La rate était très ramollie, couleur lie de vin, trois fois plus volumineuse que dans l'état ordinaire.

Bien que les granulations de l'intestin grêle suivissent, pour la plupart, la membrane muqueuse quand on l'enlevait par traction, elles étaient blanches, n'offraient, dans toute la longueur de l'intestin, ni orifices béants, ni points noirâtres à leur centre, quel que fût leur volume; le tissu cellulaire correspondant n'était pas sensiblement altéré; de manière que sous quelque rapport qu'on les examinât, on les voyait différer beaucoup des plaques elliptiques de l'iléum, dont la muqueuse et le tissu cellulaire correspondant étaient également rouges, plus ou moins profondément altérés, et qu'on peut conserver des doutes sur leur nature et sur leur siége. — Les glandes mésentériques, ramollies et plus volumineuses près du cœcum que partout ailleurs, attestent d'ailleurs que l'altération des plaques elliptiques avait suivi, dans le cas dont il s'agit, la marche observée dans les précédents. D'un autre côté, ces plaques n'étant pas ulcérées, la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin étant fort épaissie et plus ou moins ramollie, on ne saurait dire si les plaques et la membrane qui les entoure ont été affectées simultanément ou successivement.

Quant aux symptômes propres à l'affection qui nous occupe, s'ils furent peu prononcés, ils annoncèrent néanmoins, à leur début, que le siége de la maladie était dans l'abdomen; en sorte que, sous quelque point de vue qu'on étudie l'observation actuelle, on voit que la maladie a suivi la marche qu'elle offre chez la plupart des sujets.

Les accidents qui accompagnèrent le croup furent aussi prononcés que dans les cas où il se déclare chez des individus sains. Et, ce qu'il importe de remarquer, tandis que dans l'une des observations qui précèdent cette maladie ne parut exciter aucune douleur, la douleur fut vive et déchirante ici: ce dont il est facile de se rendre compte par l'état des

fonctions cérébrales qui s'exerçaient avec une régularité presque parfaite chez le sujet dont il s'agit, quand l'affection croupale se développa, tandis qu'elles étaient profondément troublées chez celui de l'autre observation. (Obs. 7.)

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

1° L'intestin grêle était plus *volumineux* que dans l'état ordinaire chez treize des soixante-cinq sujets dont il s'agit; mais l'excès de volume n'était un peu remarquable que dans deux cas de péripneumonie.— Je ne parle pas de deux autres individus morts de scarlatine et de péripneumonie, dont le météorisme était considérable, ce météorisme étant survenu après la mort, avec un emphysème du tissu cellulaire sous-cutané.

La membrane muqueuse était fort ramollie chez les deux péripneumoniques non emphysémateux.

2° L'intestin offrait une plus ou moins grande quantité de *mucus* dans tous les cas. Il était abondant chez la troisième partie des sujets, à peu près dans la même proportion que chez ceux qui avaient succombé à l'affection typhoïde; mais cette proportion était plus considérable dans la péri pneumonie, où le mucus était abondant chez la moitié des individus, qu'à la suite de toute autre affection.

D'ailleurs on ne se rend pas mieux compte ici que dans les cas précédents, de ces différences, par l'état de la membrane muqueuse de l'intestin; et, comme à la suite de l'affection typhoïde, la quantité de mucus était d'autant plus considérable que les sujets avaient succombé plus rapidement : de manière que la durée moyenne de la maladie était de quinze jours chez les uns, et de vingt-sept chez les autres.

3° La *bile* n'était abondante que chez sept individus, bien

moins fréquemment, dès lors, que chez les sujets emportés par la maladie qui fait l'objet spécial de cet ouvrage : ce qui s'accorde, ainsi que nous le verrons plus tard, avec l'état de la bile encore renfermée dans la vésicule. — La couleur de ce liquide n'était pas toujours la même, et cinq fois je l'ai trouvée teignant le mucus en jaune-orange foncé, voisin du rouge : coloration qui peut être attribuée ici, comme chez les sujets emportés par l'affection typhoïde, à l'exhalation d'une petite quantité de sang, la membrane muqueuse étant plus ou moins rouge et ramollie dans ces cas, principalement là où la bile avait la couleur dont il s'agit.

Des faits semblables à ceux que j'ai rapportés au sujet de l'affection typhoïde, ne peuvent guère laisser de doute sur cette manière de voir. Ainsi, le mucus était tout-à-fait rouge chez deux péripneumoniques dont la membrane muqueuse était ramollie et d'un rouge plus ou moins foncé dans le point correspondant. La même couleur existait encore chez quatre sujets morts de péripneumonie, de péricardite ou de ramollissement du cerveau, là où l'on trouvait une certaine quantité de liquide couleur lie de vin.

4° La muqueuse était *blanche* dans toute sa longueur sur dix-huit des soixante-quatre sujets chez lesquels cette membrane a été examinée avec soin, sous ce rapport ; à peu près dans la même proportion chez les péripneumoniques et chez les autres individus.

Cette blancheur n'était interrompue que dans quelques points, par une nuance *rose* ou *rouge*, dans huit cas; dans un neuvième, la rougeur n'avait lieu que près du cœcum, dans l'étendue de 32 centimètres. On l'observait à divers degrés, dans toute la longueur du jéjunum, chez deux sujets, et, tout le long de l'intestin grêle, chez onze.

La couleur *jaune* existait, çà et là, chez six d'entre eux.

Enfin, la muqueuse était *grisâtre* dans toute son étendue dans deux cas, et *bleuâtre* près du cœcum, dans la longueur de 60 centimètres ou environ, dans trois autres.

Ce dernier fait est remarquable, en ce qu'il vient à l'appui de ce qui a été dit plus haut sur l'origine de la couleur bleue, la couleur rouge, dont elle semble une dégradation, étant plus intense près du cœcum, quand elle existe dans une grande étendue de l'intestin grêle, que partout ailleurs, et se trouvant bornée à cette région chez un grand nombre de sujets qui ne l'offrent que dans une petite étendue. Je remarquerai toutefois que dans un cas où elle était due à une infinité de points noirs très distincts, plus ou moins rapprochés, dans toute la longueur du jéjunum, la couleur grise avait lieu chez un péripneumonique âgé de cinquante-sept ans, mort à la fin du quatrième jour de l'affection, et qu'il n'est pas possible d'attribuer cet aspect à une coloration récente qui aurait rétrogradé (1).

5° La membrane muqueuse conservait, dans toute son étendue, la *consistance* qui lui est naturelle, dans un peu plus de la quatrième partie des cas. Elle était plus ou moins ramollie dans les autres, de la manière suivante : dans quelques points de son étendue seulement, chez trois sujets ; dans les 10 à 12 derniers décimètres de l'iléum chez huit ; dans la se-

(1) Peut-être dira-t-on que cette couleur grise était la suite d'une ancienne inflammation. Mais ce serait une assertion sans preuve, à laquelle il ne serait possible de s'arrêter qu'autant qu'il serait démontré, par une longue série de faits, que la couleur grise qui succède à la couleur rouge des parties enflammées, peut subsister très longtemps, plusieurs années peut-être, et qu'il n'y a pas d'autre source de coloration accidentelle que l'inflammation : ce qu'on ne saurait admettre, la couleur de nos organes, celle des poumons entre autres, subissant, avec l'âge, des changements qu'on ne peut attribuer qu'à une loi primordiale, dont l'application a lieu chez tous les sujets.

conde moitié de cet intestin chez un treizième ; dans toute sa longueur chez un quatorzième ; dans toute celle du jéjunum et de l'iléum réunis, dans vingt-cinq des soixante-quatre cas où la consistance dont il s'agit a été notée avec soin.

D'ailleurs la proportion des cas de ramollissement n'était pas la même dans toutes les maladies. Elle était plus considérable chez les sujets qui avaient succombé à la péripneumonie, que chez ceux qui avaient été enlevés par une autre affection ; de manière que parmi les premiers, quatre sur trente seulement avaient la membrane muqueuse d'une bonne consistance dans toute son étendue. — Variable dans son degré, le ramollissement était, si l'on en excepte deux cas, toujours plus marqué près du cœcum que partout ailleurs ; et une seule fois je l'ai trouvé assez considérable dans les deux tiers extrêmes de l'intestin, le tiers moyen en étant exempt.

Ces faits confirment les considérations auxquelles j'ai été conduit relativement aux causes auxquelles on doit attribuer le ramollissement dont il s'agit, dans l'affection typhoïde. La muqueuse était, comme on a pu le remarquer en effet, moins souvent rouge que ramollie ; quand ces deux lésions existaient simultanément, le ramollissement était plus étendu que la rougeur, et l'épaississement n'existait que dans deux cas. Comment concevoir que le ramollissement fût toujours ici la suite de l'inflammation?

6° Les *plaques elliptiques* n'offraient ni rougeur, ni épaississement *particulier*, ne participaient pas même toujours au ramollissement et à la rougeur de la membrane muqueuse environnante. Une seule fois, chez un sujet qui paraît avoir succombé à la scarlatine, le second jour de son admission à l'hôpital, j'ai trouvé trois des plaques dont il s'agit rouges et un peu épaissies, sans aucune autre altération : et comme

une lésion si légère, chez un individu dont j'ignore presque complétement l'histoire des symptômes, ne saurait véritablement entrer en ligne de compte, ma proposition n'en est pas moins rigoureusement exacte.

J'ajoute que dans la fièvre jaune et dans le choléra asiatique où, suivant quelques médecins qui ont cherché à deviner le caractère anatomique de ces maladies, les plaques elliptiques de Peyer devraient êtreplus ou moins profondément altérées, ces plaques sont, en réalité, dans l'état naturel (1).

7° Enfin, j'ai observé sur cinq sujets, dans la dernière partie de l'iléum, un plus ou moins grand nombre de *cryptes solitaires*, plus ou moins largement développées, blanches ou roussâtres; et, ce qui me semble digne d'attention, trois de ces cas étaient relatifs à des individus morts de scarlatine, les seuls atteints de cette affection que j'aie ouverts. Ce qui semblerait indiquer que le développement des cryptes de Brunner est, sinon constant, au moins très fréquent chez ceux qui meurent de cette affection.

Le développement anormal des cryptes de Brunner est surtout remarquable dans le choléra asiatique, où on le rencontre constamment, dans toute ou presque toute l'étendue de l'intestin grêle; de telle sorte que les cryptes, ordinairement très rapprochées dans cette maladie, se touchent quelquefois.

Ainsi, hors l'altération des plaques elliptiques, toutes les lésions de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, obser-

(1) Voyez mes recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar de 1828, imprimées en anglais à Boston, en 1839 par les soins et sur la traduction de M. le docteur Shattuck.

vées dans les cas d'affection typhoïde, existaient chez les individus qui avaient succombé aux autres maladies aiguës. La proportion dans laquelle on les observait présentait même fort peu de différence chez ces deux ordres de sujets, à l'exception des cryptes solitaires dont l'altération était plus fréquente chez les premiers que chez les seconds, à part cependant les cas de choléra asiatique.

Ces désordres, communs à des individus morts d'affections si variées, n'avaient rien de caractéristique, et attestaient, pour leur part, la loi que des lésions analogues nous ont révélée pour la membrane muqueuse de l'estomac; savoir, que quand une affection aiguë, quel qu'en soit le siége, donne lieu à un mouvement fébrile de quelque intensité et de quelque durée, la membrane muqueuse de l'intestin grêle est, dans la majorité des cas, plus ou moins profondément affectée à une certaine époque de la maladie, suivant la prédisposition du sujet. L'intensité de la fièvre paraît avoir une grande part à ces altérations secondaires, qui ont été plus communes chez les péripneumoniques que chez ceux qui avaient succombé (à part l'affection typhoïde) à d'autres maladies aiguës.

D'un autre côté, les plaques elliptiques de l'intestin grêle n'ayant offert d'altération que chez les sujets morts de l'affection qui fait l'objet principal de ces recherches, cette altération ayant été constante, ordinairement très-grave, toujours développée suivant la même loi, que la mort soit arrivée après huit jours de maladie, ou après un intervalle de temps beaucoup plus considérable, et, dans quelques cas, pour ainsi dire la seule lésion; il faut non seulement la considérer comme *propre à l'affection typhoïde*, *mais comme en formant le caractère anatomi-*

que, ainsi que les tubercules forment celui de la phthisie, quelle que soit d'ailleurs la cause qui ait excité leur développement : ce que l'histoire générale des lésions qui me restent à décrire rendra encore plus évident, s'il se peut.

ARTICLE VI.

Du gros intestin.

Volume, nature des matières contenues ; couleur, consistance, épaisseur de la membrane muqueuse ; cryptes, tumeurs aplaties, ulcérations.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

§ 1.

Volume.

Le volume du colon était plus souvent augmenté que celui de l'intestin grêle, ou vingt-deux fois sur trente-neuf cas, au nombre desquels ne se trouvent pas ceux de perforation. Il l'était surtout à un degré beaucoup plus remarquable.

Le météorisme était considérable chez les trois quarts des sujets qui en offraient l'exemple, ou chez seize des vingt-deux en question. Alors il s'arrêtait, ou un peu avant, ou après l'*S* du colon ; et, dans quelques cas où cet intestin fut mesuré dans trois points à peu près également éloignés, entre cette dernière limite et le cœcum, il avait, à partir de celui-ci, 13, 16 et 8 centimètres de développement. Distension énorme, qui devait être, pendant la vie, la cause d'un profond malaise, former un grand obstacle à l'action des viscères de l'abdomen et de la poitrine, et qui paraît avoir été la même avant et après la mort.

Quand le météorisme était parvenu au degré dont il s'agit, le gros intestin offrait un plus ou moins grand nombre de circonvolutions dans les points où il est fixé de la manière la plus lâche; il était placé au-devant de l'estomac, qu'il masquait plus ou moins complétement, et il refoulait en haut les viscères de l'abdomen; ce qu'il importe de se rappeler dans la pratique, pour éviter des erreurs de diagnostic.

Ainsi, j'ai vu un habile médecin annoncer une hépatisation du poumon droit chez un sujet atteint d'une affection typhoïde, dont le ventre était très météorisé, parce que, percutant la poitrine du côté droit, il trouvait un son mat beaucoup plus haut qu'on ne le trouve dans l'état naturel. Mais l'ouverture du cadavre ne tarda pas à faire voir que le poumon était réellement sain, que la cause du son mat observé était le foie refoulé très haut par l'énorme distension du gros intestin. On conçoit aussi, à raison du déplacement de cet organe dans ces circonstances, pourquoi le développement plus ou moins considérable de la région épigastrique, sa résonnance extrême, la douleur dont elle est quelquefois le siége, ne peuvent pas être attribués, d'une manière sûre, à l'estomac; et avec d'autant plus de raison que le volume de ce viscère est rarement considérable, comme il a été dit plus haut.

Un fait que j'ai déjà signalé, et sur lequel il importe de revenir, c'est que l'épaisseur des parois de l'intestin n'était pas diminuée dans les cas où sa distension était le plus considérable; que quelquefois même alors elle était manifestement augmentée aux dépens des tuniques muqueuse et musculaire, sans aucune trace d'inflammation. Et comme un semblable épaississement ne peut avoir lieu quand le météorisme se développe après la mort, on ne pourrait avoir, dans le cas où l'on n'aurait pas vu le sujet pendant la vie, de doute sur

l'époque de l'apparition du météorisme si l'épaississement dont il s'agit avait lieu : épaississement qui rentre d'ailleurs dans les lois générales, qu'on observe dans les parois de l'intestin grêle plus ou moins distendu dans l'étranglement ou l'engouement prolongés, et qui est sans doute une suite de la réaction des membranes sur les gaz qui les distendent.

On ne saurait attribuer le météorisme à une lésion appréciable de la membrane muqueuse du colon, aucune n'étant constante, comme nous le verrons bientôt ; et moins aux ulcérations qu'à toute autre, puisqu'elles n'existaient que dans six des cas dont il s'agit. Il est d'autant moins permis de s'arrêter à cette lésion, qu'elle était large, profonde et presque constante dans l'intestin grêle, qui était moins fréquemment météorisé que le colon ; et toujours, à deux exceptions près, à un degré très peu considérable.

On ne saurait objecter, en faveur de la doctrine contraire, que le météorisme de l'*intestin grêle* disparaissait quelque temps avant la mort ; car sa cause supposée, les ulcérations, existant toujours et n'étant pas en voie de guérison dans la plupart des cas, lors du terme fatal, on ne voit pas comment l'effet aurait cessé. En admettant d'ailleurs que le météorisme de l'intestin grêle eût disparu avant la mort, chez les sujets qui avaient succombé à une époque assez éloignée du début, du vingtième au trentième jour de l'affection, par exemple, il aurait dû être considérable chez ceux qui meurent du huitième au quinzième jour, ce qui n'est pas, comme nous l'avons vu précédemment. A quoi il faut encore ajouter que, si le météorisme de l'intestin grêle eût existé pendant un certain temps, et à un degré considérable, on en aurait probablement retrouvé des traces après la mort, dans l'épaississement de ses parois, qui aurait eu lieu chez un certain

nombre de sujets. On ne peut donc admettre que, si l'intestin grêle est peu et assez rarement météorisé après le terme fatal, c'est que son météorisme est, ou considérablement diminué, ou a disparu avant cette époque. Et il faut conclure de ce qui précède, que pendant la vie comme après la mort, le siége principal et souvent unique du météorisme est le gros intestin.

D'ailleurs le météorisme était beaucoup plus fréquent chez les sujets qui avaient succombé du vingtième au trentième jour de la maladie, que chez ceux qui avaient été emportés avant ou après cette époque; en sorte que quatorze des vingt-deux cas dont il s'agit sont relatifs à dix-huit sujets morts dans l'espace indiqué.

§ 2.

Matières contenues dans l'intestin.

Ces matières étaient généralement peu abondantes, avaient la consistance d'une bouillie claire dans la majorité des cas, étaient molles et moulées, dans une assez grande étendue, chez un petit nombre de sujets. On trouvait trois exemples de ce dernier degré de consistance, parmi ceux qui avaient succombé du huitième au quinzième jour de l'affection, autant chez les individus morts du vingtième au trentième, quatre chez les malades emportés après cette époque. Et, ce qui est digne de remarque, la membrane muqueuse du colon était ramollie chez plusieurs d'entre eux, comme je l'ai déjà fait voir ailleurs, dans des cas analogues, chez des sujets morts de maladies chroniques (1). Enfin, les matières fécales n'avaient que la consistance d'un liquide plus ou moins visqueux, chez quatre sujets, et, dans trois de ces cas,

(1) Voyez mes *Recherches sur la phthisie*.

la membrane muqueuse offrait une altération assez profonde (obs. 4, 8, 11, 35).

Relativement à la couleur, les matières étaient vertes ou jaunes, très rarement rouges. La couleur jaune était la plus fréquente, la verte dominait quand les matières étaient ténues. Deux fois j'ai trouvé un liquide rouge dans le cœcum et dans le colon droit, qui offraient, l'un et l'autre, des ulcérations assez nombreuses et profondes, auxquelles il convient sans doute de rapporter cette couleur.

§ 3.

Couleur de la membrane muqueuse.

La couleur de la membrane muqueuse du colon offrait les mêmes variétés que celle de l'intestin grêle.

Elle était *blanche* dans treize des quarante-trois cas où elle a été décrite, mais dans des proportions diverses, suivant l'époque de l'affection à laquelle les malades avaient succombé; savoir:

chez 5 sujets,	sur	10	du 1er groupe,
1	sur	6	du 2e,
5	sur	18	du 3e,
2	sur	9	du 4e.

La *rougeur* existait d'une manière continue dans quinze cas. Elle était universelle chez trois sujets de la première série, bornée à une partie plus ou moins étendue de l'intestin chez douze autres, savoir:

Chez 3 sujets	du 1er groupe;	au cœcum dans un cas; à l'S du colon et au rectum dans deux autres,	
chez 3	du 2e groupe,	au rectum.	
chez 4	du 3e	à la moitié de l'intestin,	
chez 2	du 4e	à l'S du colon, ou au cœcum.	

On l'observait sous forme de bandes ou de plaques plus ou moins larges et distantes les unes des autres, chez quatre sujets.

La couleur *jaune*, qui était celle des matières fécales, avait lieu chez deux individus, dans la moitié ou dans toute la longueur de l'intestin.

La couleur *grise* se présentait chez neuf sujets, parmi lesquels ne se trouvait aucun de ceux qui avaient succombé du huitième au vingtième jour de l'affection. Six étaient morts du vingtième au trentième (obs. 4, 19, 24, 29, 39), les trois autres beaucoup plus tard. C'est-à-dire que la membrane muqueuse du gros intestin, comme celle de l'intestin grêle, n'offrait de couleur plus ou moins grisâtre que chez les sujets morts à une époque assez éloignée du début, et que la fréquence de cette coloration était en raison de la durée de la maladie. Et si l'on se rappelle ce qui a été dit relativement à la couleur grise de l'intestin grêle, on sera porté à croire qu'ici encore cette couleur était, au moins chez plusieurs individus, la suite d'une dégradation de la couleur rouge.

§ 4.

Consistance de la membrane.

Cette consistance était naturelle, dans toute la longueur de l'intestin, dans treize cas, ou un peu moins de la troisième partie de ceux que nous étudions ; savoir :

Chez 4 sujets,	sur	9	du 1er groupe,
1	sur	6	du 2e,
7	sur	20	du 3e,
1	sur	7	du 4e.

Elle était diminuée dans une étendue variable et à divers

degrés, dans les autres cas, de la manière suivante : 1° dans toute l'étendue de l'intestin,

Chez 3 sujets du 1er groupe,
1 du 2e,
8 du 3e,
4 du 4e,

et à un degré très considérable chez deux individus des première et seconde séries, chez quatre de la troisième, et chez deux de la quatrième.

2° Dans la première ou dans la seconde moitié de l'intestin,

Chez 1 sujet, du 1er groupe,
2 du 2e,
3 du 3e,
2 du 4e,

et à un degré médiocre dans la plupart des cas.

3° Dans le cœcum et dans le rectum, chez un sujet de la seconde série.

4° Dans le cœcum seulement, chez deux individus des première et troisième séries.

5° Enfin, çà et là, dans différents points de la longueur de l'intestin, chez trois sujets ; un de la première, deux de la seconde série.

C'est-à-dire que la proportion des cas de ramollissement était plus considérable chez les individus qui avaient succombé à une époque avancée de l'affection, que chez ceux qui avaient été emportés plus tôt.

Ici revient encore la question de savoir si le ramollissement avait toujours la même cause, s'il tenait constamment à l'inflammation, s'il en était quelquefois indépendant. Examinons d'abord les seize cas dans lesquels il était *général*, et

commençons par ceux, au nombre de huit, qui l'offraient à un degré très prononcé.

Au ramollissement se joignait, dans cinq des huit cas dont il s'agit, un épaississement plus ou moins considérable de la muqueuse ; et, en outre, une rougeur plus ou moins vive, universelle chez deux sujets (obs. 20, 34), bornée à la première moitié de l'intestin chez un autre (obs. 32), disposée par taches chez un quatrième (obs. 3). Une teinte grisâtre avait lieu chez le cinquième (obs. 62).

Nul doute que dans les deux premiers cas le ramollissement fût inflammatoire, qu'il en fût encore ainsi dans les troisième et quatrième, là où la couleur rouge existait. Mais en était-il de même dans ces derniers, pour les points où la muqueuse était pâle, et, dans le cinquième cas où elle n'avait, dans toute sa longueur, qu'une nuance grise? Si l'on ne voit pas trop comment deux parties continues d'un même organe, *également* épaissies et ramollies, seraient, l'une rouge et l'autre blanche, leur épaississement et leur ramollissement étant dus à la même cause; on conçoit encore moins que cette identité de cause puisse être repoussée, uniquement parce qu'un de ses effets ne se retrouve pas, a disparu peut-être, les deux autres, les plus graves, existant à un remarquable degré. De manière qu'il y a presque certitude que dans les troisième et quatrième cas dont il s'agit, la membrane muqueuse était enflammée dans *toute* son étendue. Il en était sans doute encore ainsi dans le cinquième, puisque la couleur grise paraît être bien souvent une suite plus ou moins éloignée de la couleur rouge inflammatoire, et qu'ici encore les glandes mésocolites offraient tous les caractères d'une inflammation forte : dernier fait qui n'a cependant pas, comme nous le verrons bientôt, toute la valeur

qu'on serait tenté de lui attribuer relativement à l'objet qui nous occupe.

Quant aux trois cas dans lesquels un ramollissement grave avait lieu sans épaississement, une rougeur vive s'y joignait dans l'un (obs. 37), une couleur grisâtre dans un autre (obs. 15); et, très probablement, il avait, dans tous deux, l'inflammation pour cause. Il n'a pas été fait mention de la couleur dans le troisième.

Dans les cas où la membrane muqueuse était encore universellement ramollie, mais à un moindre degré, elle n'offrait d'épaississement et de rougeur dans toute son étendue chez aucun sujet. Sa rougeur était bornée au cœcum et au rectum chez deux individus (obs. 18, 19), existait par taches plus ou moins larges, entremêlées de gris et de bleu, chez un troisième qui mourut au vingt-cinquième jour de l'affection. Chez les autres la muqueuse était jaune ou pâle. Évidemment il n'est pas possible, d'après les raisons rapportées au sujet du ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, de considérer celui de la membrane muqueuse du colon chez les sujets dont il s'agit, comme inflammatoire; rien n'indiquant d'ailleurs qu'il eût rétrogradé, sil'on en excepte le cas où la rougeur amaranthe et par taches était entremêlée de gris et de bleu, et que l'inflammation semble réclamer.

Des quinze sujets chez lesquels le ramollissement était *partiel*, trois l'offraient à un degré remarquable. La membrane muqueuse était épaissie dans le point correspondant chez l'un d'eux (obs. 11), rouge chez le second (obs. 14), grisâtre ou injectée chez le troisième (obs. 24). Le ramollissement était peu considérable chez les autres sujets, dont trois seulement avaient la muqueuse à la fois épaissie et ramollie. Elle était d'un rose pâle chez un de ces derniers.—Comme le ramollissement général, le ramollissement partiel semble

donc ne pas toujours reconnaître l'inflammation pour cause.

Mais le ramollissement simple de la membrane muqueuse du colon, celui qui n'est accompagné ni de rougeur ni d'amincissement, et qu'on ne peut considérer comme inflammatoire, ce ramollissement, qu'il soit partiel ou général, ne serait-il pas, dans un certain nombre de cas, comme cela paraît être pour celui de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, le produit de la décomposition cadavérique commençante? (1) Bien que l'analogie porte à le croire, cela n'est pas démontré par les faits, il s'en faut de beaucoup; car sur les vingt-huit sujets emportés dans les six mois qui forment la saison froide, à partir d'octobre, onze étaient autant d'exemples du ramollissement dont il s'agit, à des degrés et dans une étendue avriables ; et sept sur vingt-deux qui avaient succombé dans la saison chaude, étaient dans le même cas : c'est-à-dire que la proportion des faits de ramollissement était presque exactement la même chez les deux groupes de sujets, dans la saison froide et dans la saison chaude. D'où il semblerait naturel de conclure que l'élévation de la température, la cause la plus active de la décomposition des tissus animaux privés de vie, n'a pas d'influence appréciable sur le ramollissement dont il s'agit, dans les limites de temps indiqué. Et cette conclusion devrait paraître d'autant plus légitime, que les cas dans lesquels le ramollissement a été considérable, étaient dans la même proportion chez les deux groupes de sujets, ces cas étant au nombre de cinq chez les premiers et de trois chez les seconds. J'ajoute-

(1) L'épaississement uni au ramollissement, sans rougeur, ne devrait porter à croire à l'inflammation, qu'autant qu'il n'y aurait pas eu de météorisme ; puisque par le seul fait du météorisme, comme on l'a déjà vu, les tissus qui entrent dans la composition des parois de l'intestin, s'épaississent.

rai que la membrane muqueuse du gros intestin conservait sa consistance normale, dans la même proportion, chez les deux groupes de sujets, chez huit de ceux qui furent emportés dans la saison froide, et chez sept de ceux qui succombèrent dans la saison chaude ; nouveau fait qui vient à l'appui de ceux qui précèdent ; de manière qu'il est *presque* rigoureusement prouvé que le ramollissement simple qui nous occupe ne dépendait pas, chez les sujets dont il s'agit, de la décomposition cadavérique commençante ; que, pour être appréciable sur la membrane muqueuse du gros intestin, l'action de la chaleur devrait s'exercer pendant un espace de temps plus considérable que celui qui s'écoule ordinairement entre l'autopsie et la mort des sujets. — En admettant qu'un plus grand nombre de faits conduisît toujours aux mêmes résultats, on en conclurait, généralement et rigoureusement, que le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac et du colon ne peut être considéré comme le résultat de la décomposition cadavérique commençante, qu'il tient à une autre cause.

§ 5.

Cryptes, tumeurs aplaties, ulcérations.

Des *cryptes* plus ou moins aplaties, blanchâtres, de la largeur et de la forme d'une lentille, ayant un point gris-brun à leur centre, existaient chez huit sujets, ordinairement peu nombreuses, dans un espace plus ou moins considérable, sans altération évidente de la membrane muqueuse dans le point correspondant. Chez un neuvième sujet mort au huitième jour de l'affection, les cryptes étaient répandues dans toute la longueur de l'intestin, nombreuses, plus rapprochées dans le voisinage du cœcum que partout ailleurs,

rouges et ulcérées, pour la plupart, à leur sommet; les tuniques sous-muqueuse et musculaire étant un peu épaissies dans le point correspondant (obs. 4).

Quatre sujets offraient des *plaques dures* semblables à celles de l'intestin grêle, mais beaucoup moins étendues, de 6 à 9 millimètres de diamètre, plus ou moins irrégulièrement arrondies, bornées au cœcum et au colon droit dans deux cas (obs. 10, 12), répandues dans un espace plus considérable, du cœcum à l'S du colon, dans les deux autres.

Ces cas étaient relatifs à des individus morts aux huitième, neuvième, vingt-huitième et trentième jours de l'affection; en sorte que dans le colon, comme dans l'intestin grêle, on ne rencontrait pas les plaques dures chez les sujets dont la maladie avait traîné en longueur, et qu'elles étaient proportionnément plus fréquentes chez ceux qui avaient succombé rapidement, que chez ceux qui se trouvaient dans des circonstances opposées. D'ailleurs elles n'étaient ulcérées que dans un cas, et n'offraient pas la friabilité de leurs analogues dans l'intestin grêle.

On trouvait des *ulcérations* chez quatorze sujets; ordinairement au nombre de deux à trois, rarement de douze; petites, de 9 à 22 millimètres de surface, de 40 à 60 dans quelques cas. Leurs bords, à une exception près, relative à un individu qui offrait des plaques dures plus ou moins saillantes et un peu ulcérées, étaient plats, plus ou moins irrégulièrement arrondis; leur fond était formé par le tissu sous-muqueux assez souvent épaissi dans ce point. Ce tissu offrait un commencement de destruction dans plusieurs cas, était entièrement détruit et la tunique musculaire mise à nu, dans un seul (obs. 32).

Le siége le plus ordinaire des ulcérations était le cœcum, où on les observait sur dix sujets; soit qu'elles fussent bor-

nées à cette partie de l'intestin, soit qu'elles existassent simultanément aussi dans d'autres. On en trouvait à la fois dans le cœcum et dans le colon droit chez cinq sujets (obs. 2, 5, 14, 22,), dans le cœcum et dans le colon gauche chez un sixième (obs. 35). Elles étaient bornées au colon transverse chez un septième (obs. 33), à la réunion de cette partie de l'intestin avec le droit et le gauche, chez un huitième ; au rectum dans le dernier cas, où elles étaient voisines de l'anus et d'un petit abcès sous-muqueux, le seul que j'aie observé parmi les individus qui nous occupent.

La proportion des cas dans lesquels on rencontrait ces ulcérations n'était pas d'ailleurs la même chez les différents groupes de sujets :

Les 10 du 1er groupe en offrirent	1	exemple,
7 du 2e	2,	
20 du 3e	9,	
9 du 4e	2.	

C'est-à-dire qu'en général la fréquence de cette lésion était en raison de la durée de la maladie.

Des ulcérations semblables eurent lieu chez les sujets dont M. Barth m'a communiqué l'histoire, et à peu près dans la même proportion ; de manière que sur 28 d'entre eux, 9 en étaient l'exemple. A quoi il faut ajouter que dans deux de ces cas relatifs à des malades emportés aux 120e et 43e jour de l'affection, ces ulcérations étaient en partie cicatrisées.

Mais quel était le siége de ces ulcérations ? Avaient-elles lieu dans les points correspondants aux cryptes, ou dans leur intervalle ? J'ai cité précédemment un cas dans lequel les cryptes étaient manifestement ulcérées, en sorte qu'il est naturel de croire qu'elles étaient le siége des ulcérations chez plusieurs sujets. Il doit paraître au moins aussi probable que

ces ulcérations avaient lieu dans l'intervalle des cryptes, dans plusieurs cas, principalement dans ceux où l'on n'apercevait de ces cryptes dans aucun point : en sorte que les ulcérations du gros intestin semblent avoir un double siége, les cryptes et leurs intervalles.

Si les ulcérations du gros intestin peuvent être divisées, comme celles de l'intestin grêle, en deux classes, les unes molles, les autres dures; elles en diffèrent d'ailleurs beaucoup, comme on a pu s'en apercevoir, par la fréquence, le nombre, la profondeur et la structure. Larges, nombreuses, profondes dans l'intestin grêle qui en offrait dans presque tous les cas, elles étaient petites, superficielles, peu nombreuses dans le gros intestin, où l'on n'en trouvait que chez un peu plus de la quatrième partie des sujets. La tunique celluleuse qui en faisait le fond n'offrait ni la rougeur, ni l'épaississement qui avaient lieu dans tous les cas d'ulcération de l'intestin grêle ; la tunique musculaire correspondante n'était à nu que chez un sujet, et elles ne présentaient de commencement de cicatrice chez aucun de ceux dont j'ai recueilli l'histoire. En sorte qu'il faut les considérer comme étant consécutives à celles de l'iléum, que, bien qu'elles aient jusqu'à un certain point quelque chose de spécial à l'affection qui nous occupe (comme je le dirai en terminant cet article), elles ne peuvent être considérées comme formant un de ses caractères anatomiques.

Ce qui vient d'être dit relativement au début des ulcérations s'applique, avec non moins de raison, à celui des plaques dures qui n'étaient pas friables à leur surface, et n'offraient d'ulcérations que dans un cas, ulcérations très superficielles d'ailleurs, ainsi que je l'ai observé plus haut.

La rougeur, le ramollissement et l'épaississement de la membrane muqueuse du gros intestin n'ayant pas eu lieu, à

beaucoup près, dans tous les cas d'affection typhoïde que j'ai observés, que que soit le groupe dont ils fissent partie, ces lésions doivent encore être considérées comme secondaires ou consécutives à celles de l'intestin grêle; en sorte que toutes celles du colon avaient ce caractère.

Je ne prétends pas toutefois que les altérations de la membrane muqueuse de cet intestin n'aient jamais lieu en même temps que celles des plaques elliptiques de l'iléum. On voit bien quelquefois la diarrhée débuter avec la péripneumonie; mais ce cas est certainement très rare.

L'observation suivante pourrait sembler, au premier aperçu, un exemple de cette exception, et c'est une raison de la placer ici.

XXIe OBSERVATION.

Diarrhée, frisson, anorexie, soif, agitation au début; puis toux légère, douleurs passagères aux hypocondres et à l'épigastre, délire peu agité, assoupissement, météorisme; mort au *vingt-deuxième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum épaissies et ramollies; glandes mésentériques correspondantes, volumineuses, ramollies, pelure d'ognon; deux petites ulcérations dans le cœcum, une au larynx; destruction partielle de l'épiglotte.

Une cuisinière, d'une constitution très forte, d'une taille élevée, vint à Paris dans les derniers jours du mois de février 1826, et fut admise à l'hôpital de la Charité, le 5 avril suivant, alors malade depuis deux semaines. Aimant la marche, elle était venue à Paris à pied, avait fait soixante-dix lieues en six jours, et comme elle se trouvait peu fatiguée du voyage, elle avait pris du service le surlendemain de son arrivée. Ses règles, établies à l'âge de seize ans, avaient toujours eu lieu à des époques fixes; et depuis leur dernière apparition, quinze jours avant le début de la maladie, un

écoulement blanchâtre, tout-à-fait indolent, était survenu ; attribué, par la malade, à l'obligation récente de frotter.

Au début, frissons, tremblements, suivis de chaleur et de sueur ; lassitudes, douleurs dans les membres, tendance au sommeil, agitation pendant la nuit, soif, diminution de l'appétit, diarrhée légère. Ces symptômes continuèrent ; les frissons eurent lieu tous les jours à des heures variables, à une ou plusieurs reprises ; l'anorexie fut complète. Dans la dernière semaine, il y eut une ou deux selles liquides en vingt-quatre heures, et, à partir du cinquième jour, des maux de tête, sans épistaxis. La malade mangea peu, prit pour toute boisson une infusion de fleurs de tilleul, et n'employa aucun autre moyen.

Le 6 : figure médiocrement animée, physionomie naturelle, intelligence développée, mémoire sûre et prompte, céphalalgie peu considérable, insomnie, douleurs dans les membres, sens intègres ; lèvres sèches, langue médiocrement humide, blanchâtre au centre, d'un rouge assez vif au pourtour, anorexie complète, soif intense, tout le ventre mou et indolent, deux selles liquides : pouls large, régulier, à cent huit ; chaleur élevée, peau bien colorée, sans injection et sans éruption d'aucune espèce : toux légère et rare depuis deux jours, respiration peu accélérée, râle sonore du côté droit de la poitrine, quelques crachats blancs ou jaunâtres ; la malade ne se plaint que des douleurs qu'elle éprouve dans les membres. *(Solut. d'oxym. simple* ter. ; *saignée de* 360 *grammes ; lav. émol. ; diète.)*

Il n'y eut qu'une selle et point d'assoupissement dans la journée. Le 7, bien que la physionomie parût encore naturelle, la malade se trouvait moins bien que la veille ; elle était faible, se plaignait toujours de souffrir dans les membres, avait une céphalalgie intense ; l'épigastre et l'hypocondre

gauche un peu sensibles à la pression, pour la première fois ; le pouls était à cent, large et un peu mou, la chaleur sèche et élevée, la respiration grande, le râle sonore, universel; les autres symptômes comme la veille. *(Petit-lait, émuls.*; *solut. de sir. tartar.* bis; *lav. lin*; *foment. émol.)*

La malade ne prononça pas un mot de tout le jour; le soir, ayant beaucoup de fièvre et la figure rouge, elle dit à la sœur de service qu'elle se mourait. A minuit elle se leva, parcourut les salles, puis vint se recoucher sans bruit; elle ne se le rappelait pas le lendemain 8, au moment de la visite. Alors sa figure était plus rouge qu'à l'ordinaire, un peu vultueuse, morne, exprimant l'embarras et le malaise : ses membres lui semblaient engourdis; elle n'aurait pu faire un pas, tant elle se sentait faible ! La langue était blanchâtre et verdâtre, moins rouge au pourtour que la veille; le ventre était moins bien conformé que d'ordinaire, indolent, si ce n'est à la région cœcale, où la pression était pénible; l'hypocondre gauche était aussi souple que le reste du ventre. On voyait quelques taches roses lenticulaires, à sa surface, et l'urine avait été rendue involontairement pendant la nuit. *(Solut. de sir. tartar.*; *petit-lait*, *tamar.*; *lav. émol.; sinap. aux jambes; dix-huit sangsues aux oreilles.)*

Nul assoupissement le jour; le soir et pendant la nuit, léger délire, menaces de sortir du lit. Le 9, figure un peu plus naturelle que la veille, surdité légère; la malade assure qu'elle ne vivra pas deux jours, sans pouvoir indiquer le siége de ses souffrances. L'épigastre et l'hypocondre gauche sont sensibles à la pression, la chaleur est un peu élevée, le pouls à cent; il y avait eu pendant la nuit une selle involontaire. *(Solut. de sir. tart.* bis; *lav. ém.; fom. ém.; vésic. aux jambes.)*

La malade fut assoupie, voulut se lever à plusieurs repri-

ses pendant la nuit, et, comme la veille, l'urine fut involontaire. Le 10 : figure plus pâle que rouge, altérée, comme pulvérulente ; réponses brèves, par oui et par non ; langue sèche, ventre très météorisé, un peu sensible à la pression ; pouls à cent vingt, régulier ; bruit respiratoire mêlé de râle sonore ; chaleur peu élevée.

Dans le cours de la journée la malade fut assez calme : elle dit quelques paroles raisonnables, chercha souvent à se découvrir, et eut des nausées. Le 11, expression d'égarement, aspect pulvérulent de la figure encore plus prononcé que la veille, taciturnité, ventre légèrement météorisé, hypocondres un peu sensibles à une pression forte ; crépitation au-dessous des mamelles, respiration très acccélérée ; pouls quelquefois inégal.

Il y eut beaucoup de délire et de nausées pendant la nuit ; le 12, la physionomie était plus profondément altérée que la veille, l'assoupissement considérable, la région précordiale ne rendait aucun son.

La malade mourut, le lendemain matin à six heures, ayant dit la veille, dans la soirée, qu'elle se sentait mourir.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Ventre parfaitement bien conformé, embonpoint modéré, muscles forts et bien colorés.

Tête. Suture occipito-frontale très saillante ; légères éraillures à la dure-mère, à travers lesquelles passent quelques granulations blanches et opaques, nées de l'arachnoïde, contre le sillon médian. Veines cérébrales peu remplies de sang ; nulles traces d'infiltration sous-arachnoïdienne, quelques gouttes de sérosité dans le ventricule gauche seulement. Pie-mère un peu injectée, substance corticale du cerveau et

du cervelet d'un rose violet bien prononcé; la médullaire très sablée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance.

Cou. Les amygdales avaient le double de leur volume ordinaire, la droite contenait deux petits foyers de pus. L'épiglotte était détruite à son sommet, du côté gauche, dans toute son épaisseur, dans la hauteur de 4 à 5 millimètres. Entre les cartilages arythénoïdes se trouvait une ulcération superficielle, de 2 millimètres de diamètre. La trachée-artère était d'un rouge vif, sa membrane muqueuse d'ailleurs saine.

Poitrine. Le cœur était un peu moins ferme que d'ordinaire ; l'aorte dans l'état normal. — Le poumon gauche était pesant ; son lobe supérieur engoué à son sommet, dans la hauteur de 50 millimètres, et à son bord tranchant, dans une épaisseur moindre de moitié ; hépatisé, d'un rouge pâle, médiocrement friable, dans le reste de son étendue. Son lobe inférieur était noirâtre en arrière, très légèrement engoué. Le même engouement avait lieu dans la totalité du poumon droit, à part quelques lobules hépatisés dans le lobe supérieur.

Abdomen. L'œsophage était sain. — L'estomac était plus volumineux que dans l'état naturel, et il contenait une petite quantité de liquide jaunâtre. Sa muqueuse était rouge dans une partie de sa grosse extrémité (rougeur pointillée, paraissant continue à quelque distance, à raison de la confluence des points), d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans cette région ; soulevée, dans quelques points, par l'infiltration du tissu cellulaire correspondant; un peu mamelonnée et légèrement ramollie dans sa moitié pylorique. — Le duodénum était sain, à part une légère diminution de consistance de sa muqueuse. — L'intestin grêle avait un médiocre volume, contenait une petite quantité de mucus coloré en rouge par intervalles. Sa membrane interne

était plus ou moins rouge, finement injectée dans son premier quart, puis d'un blanc jaunâtre, ou pâle, ou faiblement injectée. Ramollie dans toute son étendue, elle donnait, par traction, des lambeaux de 7 à 9 millimètres dans ses deux premiers tiers ; de 2 à 4 seulement, quelquefois moins, dans les 16 derniers décimètres de l'iléum, où se trouvaient douze plaques elliptiques d'un rouge généralement peu foncé. Ces plaques, de 30 à 60 millimètres dans leur grand diamètre, beaucoup plus larges près du cœcum que partout ailleurs, formaient une saillie d'un millimètre et plus au-dessus des parties environnantes, n'étaient pas ulcérées, n'offraient, en quelque sorte, que l'exagération de leur structure naturelle ; car on distinguait encore les cryptes qui les composent, et leurs orifices béants avaient la largeur d'une petite tête d'épingle. Mises dans l'eau, on voyait se détacher de leur surface un grand nombre de petites pellicules ou franges. Le tissu cellulaire correspondant était rouge et épaissi. La portion de l'intestin grêle placée contre la valvule iléo-cœcale, était, dans la largeur de 70 millimètres, et dans toute sa circonférence, rouge et boursouflée, par suite du développement des petites plaques irrégulières qu'on trouve plus ou moins confluentes et rapprochées, dans ce point, dans l'état naturel. Il n'y avait que trois cryptes miliaires, blanchâtres, solitaires, dans les 16 derniers décimètres. — Le gros intestin contenait une assez grande quantité de matières fécales non moulées, mais épaisses : le cœcum était très distendu, le colon d'un médiocre volume. Sa membrane muqueuse était blanchâtre ou verdâtre, très ramollie dans son premier tiers, puis successivement plus consistante, de manière à donner, par traction, des lambeaux de 11 à 13 millimètres de longueur. Il y avait deux petites ulcérations à bords plats, à fond celluleux, dans le cœcum. — Les glan-

des mésentériques correspondantes aux plaques elliptiques du jéjunum avaient le volume d'une aveline, tantôt plus, tantôt moins; une couleur rouge pelure d'ognon peu foncée, étaient ramollies. — Le foie était volumineux, un peu mou, aride à l'intérieur, et d'une couleur uniforme, dans laquelle on distinguait difficilement ses deux substances. La bile de la vésicule était d'un jaune abricot et très visqueuse. La rate était plus volumineuse que dans l'état naturel, un peu ramollie, d'une couleur foncée, noirâtre. — Les ovaires étaient mous et d'un rouge livide à l'intérieur. — Le reste n'offrait rien de remarquable.

Bien que la diarrhée eût été fort peu considérable, le météorisme très médiocre et très passager, il était facile de reconnaître la nature de la maladie, tant à raison des symptômes nerveux, que par la succession des accidents, qui d'ailleurs ne convenaient, comme nous le verrons dans la suite, à aucune autre affection. Mais tandis que chez les sujets qui succombent au vingtième jour de la maladie et bien avant, les plaques elliptiques de l'iléum sont plus ou moins largement ulcérées, elles n'offraient ici, pour toute altération, qu'une rougeur plus ou moins vive, un certain degré de ramollissement et d'épaississement; et la membrane muqueuse du cœcum était, au contraire, ulcérée dans une petite étendue : de manière qu'on pourrait croire, au premier abord, que l'affection a suivi une marche différente de celle que nous avons observée jusqu'ici, qu'elle a débuté par le cœcum, et non par la portion de l'intestin grêle la plus rapprochée de la valvule iléo-cœcale.

A supposer qu'il en fût réellement ainsi, le fait qui nous occupe étant le seul de ce genre que j'aie observé, ce qui a été dit de l'altération des plaques elliptiques de l'iléum et

de l'époque de son début, n'en serait pas moins exact; d'autant plus que les ulcérations du gros intestin ont lieu, comme je l'ai déjà fait pressentir, dans d'autres maladies aiguës : et il résulterait seulement de ce fait que l'affection qui nous occupe aurait été précédée, dans ce cas, et pendant un nombre de jours indéterminé, d'une colite. Mais un examen plus approfondi conduit à une manière de voir différente.

L'ulcération du cœcum n'était pas effectivement la seule qui existât chez le sujet dont nous analysons l'histoire : on en observait aussi une au larynx, et l'épiglotte était détruite dans une partie de son étendue. Mais nous verrons bientôt que cette destruction est presque exclusivement propre aux sujets qui meurent d'affection typhoïde : et s'il est impossible d'admettre qu'elle ait devancé la lésion à laquelle elle semble liée (l'altération des plaques elliptiques de l'iléum), il n'y a plus de raison de croire qu'il en ait été autrement des deux petites ulcérations du cœcum : il faut reconnaître que les lésions du gros intestin ont été très probablement encore ici, comme dans les autres cas, consécutives à celles de l'intestin grêle; qu'elles en ont été la conséquence. Ce fait n'en est pas moins extrêmement remarquable, comme preuve de l'extrême difficulté, ou même de l'impossibilité d'apprécier les faits particuliers, quand on ignore les lois qui ressortent de l'étude comparée d'un grand nombre d'observations du même genre. De quel œil, après cela, considérer ces énormes commentaires dont tant d'auteurs surchargent les faits isolés qu'ils publient, sans connaître les lois auxquelles ils se rattachent? Et à quoi aboutissent ces vaines démonstrations de profondeur et de sagacité?

A part les signes tirés de la percussion et de l'auscultation, la péripneumonie n'a donné lieu à aucun symptôme capable

d'en faire soupçonner l'existence ; ce qui n'a rien que de fort ordinaire d'ailleurs, la maladie ayant débuté à une époque où les symptômes cérébraux existaient déjà. Mais on peut s'étonner que la diarrhée ait été si faible, si peu proportionnée à l'altération des membranes muqueuses de l'intestin grêle et du colon, à moins d'admettre, comme cela est vraisemblable, que cette double lésion a eu lieu dans les trois ou quatre derniers jours : car alors cet état, en quelque sorte latent, serait expliqué, comme celui de la péripneumonie, par les accidents cérébraux.

Ceux-ci furent peu considérables, bien que la substance corticale du cerveau fût très injectée, d'un rouge violet. Mais ce n'est pas la première fois que cette apparente anomalie nous frappe; et nous saurons bientôt à quoi nous en tenir sur ce point.

L'observation suivante est l'exemple du petit abcès développé dans le tissu sous-muqueux du rectum, dont il a été question plus haut.

XXIIe OBSERVATION.

Céphalalgie, anorexie, toux au début; puis somnolence, stupeur moyenne, éblouissements, délire, dévoiement médiocre, assoupissement successivement plus profond jusqu'à la mort, au *vingtième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges, épaisses, ulcérées; glandes mésentériques correspondantes bleuâtres, peu ramollies; trois petites ulcérations dans le rectum, avec un petit abcès sous-muqueux; foie friable, rouge et volumineux.

Une domestique, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution médiocrement forte, fut conduite à l'hôpital de la Charité le 11 mai 1826. A Paris depuis un an, malade depuis huit jours, sa maladie avait débuté par des maux de tête,

l'anorexie et la toux. — On lui avait donné de l'émétique et appliqué des sangsues, sans soulagement.

Elle fut assoupie dans la journée du 11, et, le lendemain, je la trouvai dans l'état suivant.

Somnolence, stupeur moyenne, surdité légère, bourdonnements d'oreilles, éblouissements, intelligence obtuse, céphalalgie nulle, douleurs dans les membres : lèvres pâles, langue sèche et rouge à la pointe, soif assez vive, anorexie, ventre météorisé, insensible à la pression ; évacuations alvines rares, pour lesquelles la malade descend encore au bassin : pouls régulier, à cent deux ; chaleur médiocre : toux peu fréquente, excitant des douleurs de ventre ; respiration peu accélérée, râle muqueux et sifflant du côté gauche de la poitrine, en arrière. La malade assure ne pas souffrir et succomber de faiblesse *(petit-lait; solut. de sir. tart.)*.

Il y eut quelques selles involontaires, du délire et des cris pendant la nuit. Le 13, à l'heure de la visite, air d'affaissement, et, comme la veille, la malade assure ne souffrir nulle part ; langue sèche et rousse, mal tirée; pouls à cent un. Le sang de la saignée n'offrait ni retrait ni couenne. *(sinap. aux memb. infér.)*

L'assoupissement fut presque continuel, la déglutition un peu gênée, le lendemain, et on ordonna des vésicatoires aux jambes.

Le 16 : figure jaunâtre, assoupissement plus profond, stupeur plus marquée que la veille; la malade répond un mot et s'assoupit aussitôt ; la chaleur est médiocre, le pouls à cent quatre, sans caractère particulier.

Point d'évacuations alvines dans la journée ; nuit calme. Le 17 : figure presque naturelle, regard assuré, la malade répond du geste et de la voix qu'elle ne va pas bien ; son ventre est très météorisé, indolent, sa voix faible.

Elle eut, par intervalles, un peu de délire le jour et la nuit ; le lendemain sa physionomie était encore plus altérée que la veille.

Depuis ce jour jusqu'au 23, époque de la mort, l'assoupissement fut continu, à part quelques intervalles d'agitation et de délire. La figure était pâle et comme égarée le 20, presque cadavéreuse le 21 ; et, ce même jour et les deux suivants, la mâchoire inférieure fut souvent agitée de mouvements spasmodiques. — La langue fut sèche et brunâtre du 18 au 21, tremblante et mal tirée dans les derniers jours; les selles furent involontaires et médiocrement fréquentes, le ventre météorisé et indolent comme par le passé. — Le pouls fut successivement plus faible et plus accéléré, de manière qu'il battait cent trente fois par minute le 20; la chaleur fut peu élevée, la toux rare.

Le 22, à l'heure de la visite, la malade semblait encore attentive à ce qui se passait autour d'elle ; des spasmes agitaient ses lèvres, son pouls était régulier, sa respiration non stertoreuse ; et à neuf heures, une heure après la visite, elle expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Raideur cadavérique considérable; rien autre chose de remarquable.

Tête. Os du crâne deux fois plus épais que dans l'état ordinaire ; six petites granulations opaques nées de l'arachnoïde, de chaque côté de la faux du cerveau; nulle infiltration sous-arachnoïdienne. Une demi-cuillerée de sérosité bien claire dans chacun des ventricules latéraux. Tout l'encéphale d'une bonne consistance, très peu injecté.

Cou. Petites taches rouges, sans ulcérations, à la face in-

férieure de l'épiglotte. Larynx parfaitement sain. Trachée-artère un peu rouge inférieurement.

Poitrine. Cœur un peu petit et légèrement ramolli, d'ailleurs dans l'état naturel, comme l'aorte. — Le poumon droit n'avait que deux lobes et offrait quelques adhérences celluleuses avec la plèvre costale. Son lobe inférieur était, comme celui du côté gauche, noirâtre en arrière, dans l'épaisseur de 40 millimètres, et le tissu correspondant était dur, pesant, allait au fond de l'eau, n'avait pas l'aspect grenu, et donnait, par expression, un peu de liquide rouge, non aéré. Une autre partie des mêmes lobes était engouée et ramollie. Ils n'offraient rien de remarquable antérieurement, ni l'un ni l'autre.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état normal. — L'estomac avait un volume médiocre, contenait une petite quantité d'un liquide roussâtre. Sa membrane muqueuse était jaune dans le grand cul-de-sac, si ce n'est près du cardia, dans une superficie de 150 millimètres environ, où elle était pointillée de rouge vif; grisâtre à sa face supérieure, d'un gris mêlé de rouge à sa face opposée, légèrement ramollie dans le grand cul-de-sac et le long de la grande courbure, d'une épaisseur et d'une consistance convenables ailleurs. — La muqueuse du duodénum était un peu ramollie. — L'intestin grêle avait un volume considérable, contenait une médiocre quantité de bile. Sa membrane muqueuse était jaunâtre et verdâtre dans toute son étendue, mince, légèrement ramollie dans sa première moitié, beaucoup plus dans la seconde, et elle ne fournissait, par traction, dans le dernier mètre, que des lambeaux de 2 millimètres. Dans cette dernière partie se trouvaient, à l'opposite du mésentère, huit ulcérations plus ou moins dentelées, de 12 à 50 millimètres de surface, offrant la

tunique musculaire à nu, dont les bords, rouges, et saillants, plus ou moins larges, étaient formés par la muqueuse et le tissu sous-muqueux, également rouges, épais l'un et l'autre d'un demi-millimètre, ou environ. Entre ces ulcérations s'en trouvaient neuf autres beaucoup plus petites, arrondies, de 4 à 6 millimètres de diamètre, d'ailleurs semblables. — Le gros intestin était médiocrement distendu, contenait beaucoup de matières fécales pultacées. Sa membrane muqueuse était jaunâtre et verdâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. Immédiatement au-dessus de l'anus se trouvaient trois ulcérations de la largeur d'une pièce de dix sous, à bords plats, à fond celluleux, dont l'une communiquait avec un petit abcès sous-muqueux, de la grosseur d'un pois. — Les glandes mésentériques étaient d'un gris bleuâtre, un peu augmentées de volume, médiocrement ramollies. — Le foie était un peu friable, un peu plus rouge et plus volumineux que dans l'état naturel; la bile de la vésicule, rousse, très liquide et très abondante. — La rate était quadruplée de volume, d'une couleur bleuâtre foncée, moins consistante, de moitié, que dans l'état naturel. — Les autres viscères étaient sains, à part l'ovaire gauche qui était rouge et bleuâtre à l'intérieur.

Le petit abcès sous-muqueux, placé près de l'anus, communiquait avec une ulcération voisine non moins petite; et l'on peut se demander si celle-ci et les deux autres qui en étaient si rapprochées, n'auraient pas commencé de la même manière, ou par un abcés sous-muqueux. Quoi qu'il en soit, ce petit abcès était le seul, je n'en ai observé dans aucun autre cas de l'affection qui nous occupe, et je m'étonne surtout de n'en pas avoir rencontré dans l'épaisseur des plaques elliptiques de l'iléum, à raison de la nature évidemment in-

flammatoire de la lésion qu'elles présentent dans la variété que j'ai distinguée sous le nom de *plaques molles*.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle était plus ou moins ramollie dans toute son étendue. Si les ulcérations des plaques elliptiques n'étaient ni très nombreuses ni très larges, elles étaient profondes ; en sorte que, malgré l'ignorance où nous sommes des symptômes antérieurs à l'admission de la malade à l'hôpital, il serait difficile de douter que le siége de l'affection ne fût pas d'abord limité à ces plaques ; qu'à leur lésion ne se rapportassent pas les premiers accidents, et que la maladie n'ait pas eu la même marche que dans les précédentes observations.

L'état des glandes mésentériques doit être remarqué, comme peu en rapport avec celui des plaques auxquelles elles répondaient. Leur volume et leur ramollissement étaient, en effet, peu considérables, et leur couleur pareille à celle des glandes dont l'inflammation rétrograde, quoique rien n'indiquât dans les plaques de l'iléum une marche semblable. Ce fait est encore le seul dans lequel je n'ai pas trouvé une harmonie parfaite dans l'altération des plaques et des glandes mésentériques correspondantes.

Le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, sa couleur grisâtre et rougeâtre, étaient sans doute le résultat d'une inflammation plus ou moins considérable, et sur son déclin, à la mort du sujet (1). Le ramollissement ou la friabilité du foie, l'augmentation de son volume et de l'intensité de sa couleur, étaient probablement aussi l'effet de la phlogose, ou d'une autre affection assez grave, en supposant que sa nature inflammatoire ne paraisse pas incontestablement démontrée.

(1) Voyez ce qui a été dit pag. 152 et 175 au sujet de la couleur grise.

Aucune des lésions qui viennent d'être rappelées n'était parvenue au *summum* de son développement. Si cependant, aux lésions de l'intestin grêle, on joint celles de l'estomac, du foie, des poumons, et le météorisme, on trouvera, dans l'état apparent des organes, des causes suffisantes de mort.

Malgré la longue durée des symptômes cérébraux, l'encéphale était dans l'état naturel; ce que nous avons déjà observé : comme plus d'une fois aussi nous avons observé l'inverse.

Remarquons encore que l'altération de la membrane muqueuse du colon était fort légère, qu'ainsi le dévoiement ne pouvait guère être attribué qu'à l'état de l'intestin grêle.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

1° De soixante-huit sujets, parmi lesquels je ne compte pas deux individus qui offraient un emphysème du tissu cellulaire, trois avaient le gros intestin plus ou moins dis' tendu par des gaz ; et chez aucun son *volume* n'était égal à celui du même intestin à la suite de l'affection typhoïde, quand le météorisme est considérable. Ces sujets avaient succombé à la péripneumonie, à un érysipèle des membres inférieurs et à une affection dont je n'ai pu assigner le caractère (obs. 53). La membrane muqueuse de l'intestin n'offrait d'ulcération chez aucun ; elle était seulement très ramollie dans deux cas.

La considération du volume du gros intestin qui aurait pu paraître sans importance, au premier abord, en a donc réellement beaucoup; puisque son augmentation, quelquefois extrême, et sa fréquence, forment, en quelque sorte, un des caractères anatomiques, secondaires, de l'affection typhoïde; et que, dans quelque cas, ceux où le météorisme est très prononcé, on pourrait, au premier coup d'œil, distinguer le cadavre d'un individu mort de cette maladie, de

celui d'un sujet qui aurait succombé à une autre affection aiguë.

2° Les *matières fécales* avaient une bonne consistance, dans toute ou presque toute la longueur de l'intestin, dans vingt-deux cas ; soit qu'elles fussent disséminées sous forme de parcelles, ou rassemblées en masses plus ou moins considérables. — La membrane muqueuse était ramollie à divers degrés et dans une étendue variable, dans plusieurs de ces cas, quelle que fût la consistance ou la forme des matières ; et elle ne conservait la fermeté qui lui est naturelle, dans toute sa longueur, que chez la moitié des sujets. Ce qui confirme ce que j'ai remarqué ailleurs, relativement aux individus qui succombent à des maladies chroniques, que le degré de consistance des matières fécales ne peut faire connaître l'état de la muqueuse du colon (1). Je remarquerai toutefois que le ramollissement de cette membrane n'était que bien rarement accompagné, dans les cas dont il s'agit, d'une légère altération de couleur, tantôt grisâtre, tantôt pelure d'ognon pâle ; en sorte que si des matières moulées ne prouvent pas que la membrane muqueuse conserve la consistance qui lui est naturelle, elles indiquent du moins qu'elle n'est pas rouge, ou dans un état inflammatoire évident. — L'épaississement n'était joint au ramollissement que chez un des sujets qui nous occupent.

Ces faits ne sont pas sans importance et me semblent venir à l'appui de ce qui a été dit précédemment de la nature non inflammatoire du ramollissement de la membrane muqueuse des voies digestives, dans un certain nombre de cas. Comment concevoir, en effet, qu'un organe sécrétoire soit enflammé, sans une altération plus ou moins profonde des sé-

(1) Voyez mes *Recherches sur la phthisie*.

crétions, chez un assez grand nombre de sujets, et supporte si aisément le contact des matières dures, pendant un espace de temps quelquefois considérable ?

Dans les autres cas, les matières fécales étaient pultacées, plus ou moins liquides dans toute la longueur de l'intestin, d'une couleur jaunâtre ou verdâtre, si l'on en excepte trois sujets chez lesquels on observait, au lieu de ces matières, un liquide rouge assez abondant, dans toute l'étendue ou seulement dans la moitié de l'étendue de l'organe. Le premier était une femme morte de métrite sub-aiguë, dont la muqueuse colite était à la fois grenue et ramollie; le second, un apoplectique mort quarante-huit heures après l'attaque, chez lequel la membrane muqueuse du gros intestin était rouge, mais d'une consistance peu inférieure à celle qui lui est naturelle : le troisième, un péripneumonique qui fut emporté au vingt-troisième jour de l'affection. Chez lui, la membrane muqueuse du colon était d'un rouge pâle, épaissie dans quelques points, extrêmement ramollie partout, mamelonnée ou comme grenue dans une longueur considérable, et en contact avec une médiocre quantité de liquide puriforme, très légèrement nuancé de rouge: ce que je n'ai rencontré dans aucun cas d'affection typhoïde ; comme aussi chez aucun des sujets morts de cette maladie, je n'ai trouvé la membrane muqueuse exactement dans l'état indiqué.

3° Relativement à la *couleur*, cette membrane était blanche chez trente-deux des soixante-sept individus étudiés avec soin sous ce rapport, ou un peu moins de la moitié ; elle avait la consistance et l'épaisseur qui lui conviennent dans seize de ces cas ; en sorte qu'elle n'était parfaitement saine que chez un peu moins de la quatrième partie des sujets.

Dans les trente-cinq cas où sa couleur était plus ou moins

altérée, elle était ou rouge ou grisâtre, ou pelure d'ognon, de la manière suivante.

La rougeur était continue, ou par plaques plus ou moins larges. On trouvait cette dernière variété chez huit sujets, dont cinq avaient succombé à la péripneumonie (1); tandis que la rougeur continue existait dans quinze cas ; savoir : dans toute la longueur de l'intestin chez trois individus, dont deux péripneumoniques morts après vingt-trois et vingt-six jours de maladie ; dans la première ou dans la seconde moitié de l'intestin, chez quatre ; dans le rectum ou dans le cœcum chez huit sujets.

La teinte *rose* avait lieu dans cinq cas, dont trois relatifs à des péripneumoniques.

La couleur *grise* plus ou moins pâle ou foncée, continue, ou par zones plus ou moins larges, alternant parfois avec la couleur rouge, existait dans les autres cas; un peu plus fréquemment chez les péripneumoniques que chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections.

4° La *consistance* de la membrane muqueuse était naturelle dans toute son étendue chez vingt-deux des soixante-neuf sujets chez lesquels elle a été observée, ou la troisième partie d'entre eux environ. Elle était plus ou moins diminuée chez les autres, dans toute ou seulement dans une partie de sa longueur. — Le ramollissement était universel chez vingt-deux sujets ; il était borné à la première moitié de l'intestin dans huit cas, à la seconde dans quatre; dans six au cœcum ou à très peu près, dans deux au rectum, dans un à cette partie de l'intestin et au cœcum, dans le dernier au colon transverse En sorte que le ramollissement, comme la rou-

(1) Les péripneumonies forment la moitié des cas dans lesquels la couleur de la membrane muqueuse du colon a été observée.

geur, était plus fréquent dans le cœcum que dans toute autre partie de l'intestin.

Le ramollissement général était considérable dans la moitié des cas où on l'observait, la membrane muqueuse n'ayant plus, alors, que la consistance du mucus ; et, à une exception près, tous les individus qui l'ont offert à ce degré, avaient succombé après le vingt-troisième jour de l'affection. Dans les cas où le ramollissement général était moindre, il était encore extrêmement marqué dans une petite partie de la longueur de l'intestin.

Le ramollissement partiel était ordinairement beaucoup plus léger que le précédent, n'était considérable que dans la troisième partie des cas environ.

Il importe d'ailleurs de remarquer que le ramollissement, le ramollissement général surtout, qu'on observait un peu plus fréquemment chez les sujets morts de péripneumonie que chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës, était aussi généralement beaucoup plus prononcé chez eux ; la membrane muqueuse n'ayant alors que la consistance du mucus, dans les deux tiers des cas. Il faut remarquer cette différence, parce que nous verrons plus tard, en étudiant les symptômes, qu'elle correspond assez exactement à celle de la diarrhée, chez les diverses classes de sujets qui guérissent.

On a sans doute remarqué combien les cas de ramollissement général l'emportaient sur ceux où la rougeur n'était pas moins étendue ; les premiers étant au nombre de vingt-deux, et les seconds au nombre de trois seulement. L'épaississement n'était joint au ramollissement que dans cinq cas, parmi lesquels se trouvent ceux où la rougeur était universelle. Ces faits, rapprochés de ceux du même genre qui ont été exposés plus haut, ne me semblent pas laisser de doute

sur ce qui a été dit de l'impossibilité de considérer le ramollissement des membranes muqueuses comme un effet constant de l'inflammation ; autrement il faudrait admettre que l'inflammation, qui se montre presque constamment avec tous ses caractères dans les plaques elliptiques de l'iléum, n'en offre ordinairement qu'un dans le reste de l'étendue de la membrane muqueuse de l'intestin, dans la majorité des cas ; ce qui me paraît impossible.

Où donc trouver la cause du ramollissement simple dont il s'agit? Cette cause n'est pas moins difficile à pénétrer ici que chez les sujets morts d'affection typhoïde, et, pas plus que chez eux, on ne saurait la trouver dans la décomposition cadavérique commençante, favorisée par l'élévation de la température. Car sur les soixante-neuf sujets dont la membrane muqueuse du colon a été décrite avec exactitude, sous tous les rapports, et dont dix-huit étaient l'exemple d'un ramollissement simple de cette membrane, c'est-à-dire sans épaississement ni coloration anormale; sur ce chiffre, dix sujets font partie de ceux, au nombre de trente-quatre, qui moururent dans la saison froide, ou du mois d'octobre au mois de mars; neuf font partie de ceux, au nombre de trente-cinq, qui succombèrent dans les mois les plus chauds. Ce n'est pas tout, la membrane muqueuse du colon fut trouvée parfaitement saine sur dix-sept des soixante-neuf sujets dont il s'agit; et de ces dix sept sujets, huit furent ouverts dans la saison froide, neuf dans la saison chaude; proportions toujours les mêmes, presque identiques, et qui repoussent l'idée de la décomposition cadavérique, comme cause de ramollissement simple; puisque, dans cette hypothèse, ce ramollissement devrait exister dans une proportion beaucoup plus considérable en été qu'en hiver, que l'intégrité de la membrane muqueuse

du colon aurait dû être beaucoup plus rare dans la première saison que dans la seconde; ce qui n'est pas.

Une autre remarque qu'il importe de faire, c'est qu'ici, comme chez les sujets emportés par l'affection typhoïde, le ramollissement simple n'était pas universel dans tous les cas; que dans plusieurs d'entre eux il était borné à une partie de l'intestin; nouvelle et puissante raison de ne pas admettre la décomposition cadavérique commençante comme cause du ramollissement simple de la membrane muqueuse du colon; car, dans cette hypothèse, le ramollissement devrait être uniforme. Les matières solides ou liquides appliquées à la surface du colon et toujours d'une manière inégale, auraient-elles quelque part à la production du phénomène qui nous occupe?

Des *cryptes* d'une forme lenticulaire, peu nombreuses, semblables à celles que j'ai observées dans les cas d'affection typhoïde, existaient chez huit des sujets dont il s'agit, plus ou moins disséminées, le plus souvent chez ceux qui en avaient dans l'intestin grêle. Les trois individus morts à la suite ou dans le cours de la scarlatine, en étaient l'exemple.

6° A part un cas de dysenterie dans lequel le colon offrait de nombreuses *ulcérations*, on n'en observait que chez trois individus, tous morts de péripneumonie. Chez l'un, la membrane muqueuse n'était pas entièrement détruite, mais elle était extrêmement et inégalement mince dans le cœcum, dans une surface de 100 millimètres, la seule partie de la longueur du gros intestin où elle offrît une altération quelconque. Il n'y avait, chez les autres, qu'une *seule* ulcération de 8 à 9 millimètres de diamètre, à bords plats, à fond celluleux, au bas du rectum, ou à la réunion des colons transverse et descendant. En sorte

que les altérations de la membrane muqueuse du gros intestin, communes aux péripneumoniques et à ceux qui avaient succombé à d'autres affections aiguës, étaient plus profondes et plus fréquentes chez les premiers que chez les seconds; et que les ulcérations, sauf un cas de dysenterie, n'existaient que chez les péripneumoniques.

Ainsi, à part les plaques dures, les altérations du gros intestin étaient semblables chez les sujets qui avaient succombé à l'affection typhoïde et chez ceux qui étaient morts de quelque autre maladie; et même la différence de proportion n'était considérable que relativement au météorisme et aux ulcérations de la membrane muqueuse; de manière que sur

	45 des premiers	et 69 des seconds
la membrane muqueuse était		
rouge universellement	3	et 3 fois,
— partiellement	10	et 12,
grisâtre	9	et 7,
ramollie universellement	16	et 22,
— partiellement	14	et 25.

Non seulement le ramollissement du colon n'était pas plus fréquent chez les sujets morts d'affection typhoïde que chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës, mais il était, proportion gardée, plus souvent extrême chez les derniers que chez les premiers. Fait important, puisque la diarrhée ayant été à la fois beaucoup plus fréquente et beaucoup plus forte chez les individus morts d'affection typhoïde, que chez ceux qui avaient été emportés par des maladies d'une autre nature, il semble naturel d'en conclure que le siége principal du dévoiement chez les fiévreux (qu'on me passe cette expression), n'est pas le gros

intestin ; que les altérations de celui-ci ne sont pas primitives, ne se développent qu'à une époque plus ou moins éloignée du début, comme à la suite des autres affections où le fait est évident ; peut-être même, dans un certain nombre de cas, à une époque encore plus éloignée ; puisque, ainsi que nous venons de le remarquer, le ramollissement était généralement moins grave à la suite des fièvres typhoïdes qu'après les autres affections aiguës. Ainsi les faits confirment les faits, et une première conclusion rigoureusement déduite, tout ce qui peut s'y rapporter en est une nouvelle preuve.

A peine s'il est nécessaire de remarquer que les lésions de la membrane muqueuse du gros intestin, à part les plaques, étant communes aux sujets morts de toute espèce de maladies aiguës, affection typhoïde ou autres, ne peuvent servir à caractériser ni les premières ni les secondes ; qu'elles confirment seulement ce qui a été dit de l'influence de ces maladies, quelles qu'elles soient, sur le développement des altérations de la muqueuse digestive. Et ce que j'ai rapporté relativement à la proportion de celles qui nous occupent, dans la péripneumonie où elle est plus considérable qu'à la suite des autres maladies, montre aussi que la fréquence et l'intensité de ces altérations secondaires est en raison de la violence du mouvement fébrile.

Après cela, encore que les plaques dures du gros intestin ne se soient développées que chez la quatorzième partie des sujets atteints de fièvre typhoïde, et qu'elles ne puissent être considérées, par cela même, comme une lésion essentielle à cette affection, ainsi que je l'ai déjà remarqué pour les ulcérations de l'œsophage et du pharynx ; il est clair néanmoins qu'elles sont d'une grande valeur, puisque paraissant propres aux individus atteints d'affection typhoïde, elles

pourraient suffire à les caractériser au premier coup d'œil.

Le météorisme et les ulcérations du gros intestin n'ont guère moins d'importance que les plaques, comme cela a été indiqué plus haut, vu leur fréquence dans le cours des fièvres typhoïdes et leur extrême rareté dans celui des autres maladies aiguës; et nous avons vu qu'à un certain degré, la distension du colon est presque caractéristique de l'affection typhoïde.

CHAPITRE II.

DES GLANDES LYMPHATIQUES.

GLANDES MÉSENTÉRIQUES, MÉSOCOLITES, HÉPATIQUES, DES GRANDE ET PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC, DES LOMBES, DES AINES, DU COU ET DES AISSELLES.

ARTICLE PREMIER.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

§ 1.

Des glandes mésentériques.

Les glandes mésentériques étaient plus ou moins profondément altérées dans leur volume, leur couleur et leur consistance, chez tous les sujets, dans les parties correspondantes aux plaques elliptiques ulcérées ou seulement rouges et ramollies. Comme nous l'avons vu pour ces plaques, leurs lésions étaient d'autant plus graves qu'elles se trouvaient plus rapprochées du cœcum, et elles offraient des différences assez remarquables, suivant l'époque de l'affection à laquelle

les sujets avaient succombé; en sorte qu'il est nécessaire de les étudier aux mêmes périodes.

1° Chez les sujets morts du huitième au quinzième jour de la maladie, le volume des glandes mésentériques était très augmenté, égalait, surpassait même, chez quelques-uns, dans le voisinage du cœcum, celui d'une grosse aveline. Elles étaient d'un rose tendre, parfois striées de rouge foncé à l'intérieur, et très ramollies, au point que les plus volumineuses, dont le ramollissement était aussi le plus considérable, s'écrasaient entre les doigts avec la plus grande facilité. Au lieu de la teinte rose dont il vient d'être question, elles avaient une couleur rouge foncée près du cœcum, chez deux des dix sujets de cette première série.

2° Chez les individus emportés du quinzième au vingtième jour de la maladie, le volume et le ramollissement des glandes mésentériques étaient au moins aussi considérables que chez les précédents; leur couleur était tantôt rose, tantôt rouge brun ; et, dans trois cas, plusieurs d'entre elles, placées dans le voisinage du cœcum, offraient un plus ou moins grand nombre de points jaunes (obs. 1, 6, 46). Ces points qui, à n'en pas douter, étaient du pus, n'offraient néanmoins aucune apparence de liquidité; à peu près comme on l'observe dans plusieurs cas d'abcès commençants du foie (1).

L'état des glandes mésentériques, chez les deux premiers groupes de sujets, se trouvait donc dans un rapport exact avec celui des plaques elliptiques de l'iléum; de manière que là où celles-ci étaient peu ou point ulcérées, ces glandes ne contenaient pas de pus; que là où l'ulcération était avancée, la maladie plus ancienne, le pus commençait à paraître et existait dans plusieurs cas.

(1) Voyez mon *Mémoire sur les abcès du foie*.

3° Chez les individus emportés du vingtième au trentième jour, voici ce qu'on observait.

Les glandes mésentériques étaient roses, près du cœcum, dans deux cas; d'un rouge violet plus ou moins prononcé, dans la même partie du mésentère, dans les autres ; et, dans presque tous, les glandes correspondantes aux plaques elliptiques *peu altérées*, offraient la couleur rose signalée antérieurement, chez les sujets du premier groupe. Chez quelques-uns, au lieu de la couleur rouge-amaranthe, plus ou moins foncée, qu'elles avaient pour la plupart, les glandes mésentériques étaient grisâtres et bleuâtres, ou violacées, un peu moins volumineuses et moins ramollies que dans les autres cas où leur volume et leur ramollissement étaient aussi marqués que chez les individus des groupes précédents (obs. 2, 36, 39). — Cet état était encore en harmonie avec celui des plaques ulcérées ou non ulcérées, qui offraient, dans les mêmes cas, une teinte plus ou moins exactement analogue, et un ramollissement un peu moindre que les plaques rouges. Et comme ces divers degrés d'altération de couleur, de consistance et d'épaisseur des plaques, dépendent de leur retour vers l'état naturel, on ne saurait douter que la couleur bleuâtre et violacée des ganglions mésentériques, leur volume et leur ramollissement un peu moindres, ne tiennent à la même cause.

Chez quelques sujets les glandes contenaient du pus, sous forme de points un peu plus larges que chez ceux de la précédente série, ou rassemblé en petits foyers (obs. 2, 3, 24, 32, 36); en sorte qu'on pourrait reconnaître assez exactement, dans certains cas, aux glandes du mésentère, la période de la maladie dans laquelle la mort a eu lieu.

Je n'ai rencontré, parmi les sujets de cette série, qu'un cas où l'état des glandes mésentériques et celui des pla-

ques ne fussent pas dans une parfaite harmonie (obs. 22).

4° Enfin, chez les neuf individus morts au-delà du trentième jour de l'affection, la couleur violette, grisâtre et bleuâtre était la dominante; en sorte que deux d'entre eux seulement m'ont offert les glandes mésentériques d'un rouge vif; et ces sujets avaient succombé à la perforation de l'intestin grêle. En même temps que ce changement de couleur avait lieu, le volume et surtout le ramollissement des glandes, étaient beaucoup moindres que chez les individus morts dans la période précédente : ce qui était encore en harmonie avec l'état des plaques dont la marche rétrograde était, comme nous l'avons vu antérieurement, beaucoup plus avancée dans les cas dont il s'agit que dans les autres. Et si ce simple rapprochement ne suffisait pas pour convaincre que la différence dans l'état des glandes mésentériques était, comme celle observée dans les plaques, l'effet de la marche rétrograde de l'affection ; que ces glandes avaient été, à une époque antérieure, plus volumineuses, plus ramollies et d'une couleur différente; on acquerrait cette conviction en considérant que les glandes les plus voisines du cœcum contenaient, dans deux cas, de petits foyers de pus. Ainsi, non seulement la lésion avait été la même dans cette série et dans la précédente, mais elle avait suivi la même marche ; étant plus profonde vers la fin de l'iléum que partout ailleurs.

Plus tard, dans le livre suivant, quand j'exposerai les cas de fièvre typhoïde dont le caractère pourrait présenter quelque incertitude au premier coup d'œil, je rapporterai encore un fait semblable et relatif à un individu mort au quarante-neuvième jour de la maladie, chez lequel une glande mésentérique voisine du cœcum, entièrement convertie en pus, avait des parois si minces, qu'elle se serait inévi-

tablement ouverte dans la cavité de l'abdomen, si la mort fût arrivée quelques jours plus tard.

Les glandes mésentériques, dont il vient d'être question, n'étaient pas les seules altérées; celles qui répondaient aux plaques elliptiques *saines*, l'étaient aussi dans un assez grand nombre de cas, ou chez dix des quarante-six sujets dont il s'agit, savoir :

Chez 1	sujet sur	10	de la 1re série,
2	sur	7	de la 2e,
6	sur	20	de la 3e,
1	sur	9	de la 4e.

Mais cette altération était beaucoup moindre que celle dont il vient d'être question; car elle ne consistait qu'en une augmentation plus ou moins considérable de volume, avec une coloration rouge plus ou moins vive, sans diminution évidente de consistance.

Au lieu d'être rouges, les glandes dont il s'agit avaient un aspect grisâtre et bleuâtre dans un cas où la maladie avait eu la marche la plus lente : ce qui doit porter à croire, si l'on se rappelle les faits rapportés jusqu'ici, que la couleur rouge avait existé à une certaine époque de l'affection, et qu'elle avait rétrogradé ensuite.

Si l'état des glandes mésentériques, correspondantes aux plaques elliptiques altérées, était la suite évidente de cette altération, on peut se demander quelle était la cause de l'altération des glandes dont il s'agit.

Bien que cette faible lésion fût toujours la même (sauf la couleur dans un cas), la cause n'en était peut-être pas constante. Voici du moins ce que j'ai observé à cet égard. Des dix individus chez lesquels on l'observait, quatre avaient la membrane muqueuse de l'intestin grêle parfaitement saine ; chez les six autres elle était plus ou moins ramollie,

et chez quelques-uns manifestement enflammée. Dans les quatre premiers cas l'état des glandes mésentériques ne peut être attribué à une altération quelconque de la membrane muqueuse correspondante, puisqu'elle n'existait pas à l'ouverture du corps. Et relativement aux autres, il est difficile de prendre un parti ; vu que si l'on ne peut pas nier que l'altération de la muqueuse ait eu quelque part à celle des glandes, on ne peut pas non plus en avoir la certitude, une altération, en tout semblable, ayant eu lieu quand cette membrane était dans l'état naturel. Mais de quelque manière qu'on explique ces six derniers cas, il est de toute évidence que dans les autres, l'excès de volume et la couleur rose des glandes ne pouvaient être attribués qu'à la cause qui préside à tant d'autres lésions secondaires, et qui a été signalée plusieurs fois à l'occasion de celles de la muqueuse gastro-intestinale.

§ 2.

Des glandes mésocolites.

L'incertitude qu'on éprouve au sujet de l'influence que peut avoir l'altération de la membrane muqueuse du *jejunum*, ou de cette partie de l'intestin dont les plaques de Peyer ne sont pas ordinairement altérées, sur l'état des glandes mésentériques qui lui correspondent, cette incertitude se reproduit encore à un certain degré pour celles du méso-colon. Voici en effet ce que j'ai remarqué dans les cas, trop peu nombreux (dix-neuf), où j'ai étudié l'état de ces glandes.

1° Elles étaient plus ou moins volumineuses, de la grosseur d'un pois ou au dessous, chez cinq des sujets emportés du huitième au quinzième jour de la maladie, les seuls de

cette série chez lesquels je les aie étudiées ; roses dans deux cas, d'un rouge plus ou moins foncé dans deux autres, dont un relatif à un sujet mort au huitième jour de l'affection (obs. 11) ; très ramollies chez deux individus qui succombèrent après huit et douze jours de souffrance. Il n'a pas été fait mention de leur consistance chez les autres.

Le gros intestin offrait, dans trois de ces cas, des plaques dures, ulcérées ou non ulcérées ; ou des cryptes nombreuses, rouges et ulcérées à leur sommet (obs. 11, 12, 38). Dans un quatrième, sa membrane muqueuse était seulement très épaissie, très ramollie dans toute son étendue, et rouge dans un grand nombre de points (obs. 20). Elle était parfaitement saine sous le triple rapport de la consistance, de la couleur et de l'épaisseur, chez le cinquième sujet dont les glandes mésocolites étaient aussi volumineuses que friables (obs. 13). En sorte que dans ce cas la membrane muqueuse n'avait pu avoir d'influence sur l'état morbide des glandes. Et comme cet état n'était pas moins prononcé ici que dans les autres cas, il est difficile de savoir exactement à quoi s'en tenir sur la cause à laquelle il convient de l'attribuer dans ceux-ci, bien que chez les trois sujets qui offraient des plaques dures ou des ulcérations, il ne soit guère possible de douter qu'elles n'aient eu beaucoup de part au désordre.

2° Le volume des glandes mésocolites était au moins triplé, leur couleur d'un rouge foncé, dans les deux cas de la seconde série où je les ai examinées (obs. 1, 62.)

L'inflammation de la muqueuse correspondante était probable dans l'un et l'autre cas ; et dans l'un d'eux il y avait, en outre, deux petites ulcérations dans le cœcum et dans le colon droit.

3° De huit sujets morts du vingtième au trentième jour de la maladie, et dont j'ai examiné les glandes mésocolites,

deux les avaient petites, grisâtres ou bleuâtres, sans altération évidente de consistance et d'épaisseur (obs. 32. 27). Elles étaient plus ou moins volumineuses et d'un rouge foncé chez les autres, à part un cas où leur couleur était rose, ou gris-bleu, semblable à celle des glandes mésentériques et des plaques elliptiques correspondantes, chez le même sujet (obs. 29).

Chez quatre de ceux dont les glandes étaient rouges et volumineuses, le colon offrait des plaques dures, ou des ulcérations, ou sa membrane muqueuse était seulement plus ou moins enflammée ; et ces lésions avaient probablement exercé, comme il a été dit plus haut, une influence plus ou moins grande sur l'altération des glandes mésentériques. Mais la muqueuse, à part quelques cryptes aplaties, un peu développées, était parfaitement saine chez un autre sujet dont les glandes mésocolites n'étaient pas moins volumineuses que chez les précédents (obs. 25). Il en était encore de même dans un autre cas, à part un certain degré d'épaississement dont la cause probable était le météorisme. En sorte qu'il résulte de ces deux faits et d'un autre semblable observé parmi les individus de la première série, que les glandes mésocolites, comme celles du mésentère, peuvent être le siége d'une inflammation plus ou moins intense, alors que la membrane muqueuse correspondante est dans l'état naturel ; inflammation dont la cause ne peut guère exister que dans la réaction générale excitée par l'affection primitive.

La membrane muqueuse du gros intestin offrait beaucoup d'ulcérations dans un des deux cas où les glandes mésocolites étaient saines (obs. 32) ; elle ne présentait rien de remarquable dans l'autre.

4° Les glandes mésocolites étaient dans leur état natu-

rel chez un des sujets de la quatrième série ; elles étaient petites et bleuâtres chez un autre (obs. 16) ; assez volumineuses, noirâtres et d'une bonne consistance chez un troisième, le dernier de ceux chez lesquels je les ai examinées (obs. 15).

La membrane muqueuse du gros intestin présentait une altération profonde et plusieurs ulcérations dans ce dernier cas ; elle était saine dans les autres.

Ainsi les glandes mésocolites avaient subi une altération de volume, de consistance et de couleur, sur quatorze des dix-huit sujets chez lesquels je les ai examinées : cette altération était évidemment inflammatoire ; et quelle qu'en soit la cause, son développement avait été rapide, au moins dans quelques cas ; témoin celui où ces glandes étaient roses, volumineuses et très friables, chez un sujet qui fut emporté au huitième jour de l'affection, et dont la muqueuse colite était parfaitement saine. Cette altération avait sans doute encore débuté d'assez bonne heure, dans d'autres cas où la mort vint après un espace de temps beaucoup plus considérable ; et l'on ne doit pas s'étonner, dans cette hypothèse, que les glandes mésocolites aient offert des variations de couleur et de volume analogues à celles des glandes du mésentère ; que leur couleur ait été bleuâtre et violacée, leur volume moindre chez les sujets qui avaient succombé à une époque éloignée du début, que chez ceux qui se trouvaient dans des circonstances opposées. Mais ces glandes offraient cela de particulier, que si dans un assez grand nombre de cas les mésentériques contenaient une certaine quantité de pus, elles n'en contenaient dans aucun ; ce qu'on ne peut guère concevoir qu'en admettant que le mouvement inflammatoire avait été moins considérable et généralement plus tardif dans ces dernières que dans les autres.

§ 3.

Des glandes lymphatiques placées autour des conduits biliaires.

Je ne les ai trouvées plus ou moins volumineuses, rouges et ramollies, que dans deux cas. Une seule d'entre elles offrait ce caractère chez un sujet mort au vingt-deuxième jour de l'affection (obs. 1); elles étaient assez nombreuses chez celui dont je vais donner l'histoire.

XXIIIme OBSERVATION.

Peu ou point de diarrhée, point de météorisme, somnolence, délire. Quelques spasmes; mort au *quatorzième jour*. — Plaques elliptiques rouges, nombreuses, peu ulcérées; cryptes solitaires rouges, très rapprochées dans l'intervalle des plaques : ulcérations gastriques; une ulcération dans la vessie; glandes lymphatiques volumineuses et ramollies autour des conduits biliaires; et dans la seconde moitié du mésentère.

Un maçon, âgé de vingt-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, tomba malade le 19 novembre 1825, et fut conduit à l'hôpital de la Charité le 28 du même mois. Il y était venu seul et à pied, paraissait jouir de toute sa raison quand il y arriva, disant qu'il était à Paris depuis quatre mois, malade depuis dix jours; qu'on l'avait saigné, qu'il avait encore besoin de l'être, vu son mal de tête. Il eut du délire toute la nuit, et, le lendemain, je le trouvai dans l'état suivant : somnolence presque continuelle, stupeur légère, figure bouffie, un peu colorée aux pommettes, strabisme par intervalles; intelligence obtuse, mémoire nulle, réponses lentes, souvent inintelligibles : langue naturelle à la pointe, blanchâtre en arrière, dépassant à peine l'arcade dentaire · anorexie, soif, ventre bien conformé, indolent, si ce n'est dans la fosse iliaque droite; une selle liquide : chaleur sèche et élevée : pouls fréquent, enfoncé; respira-

tion médiocrement accélérée, toux nulle. Aucune espèce d'éruption; ni taches roses lenticulaires, ni sudamina (*Orge sir. tart.* bis ; *vingt sangs. aux oreilles ; sinap. aux membres infér.*)

Peu après la visite, agitation et bientôt nécessité de maintenir le malade avec le gilet de force. Faute de sangsues on lui pratiqua une saignée de 420 grammes, et le sang se couvrit d'une couenne verdâtre et grisâtre, demi-transparente. Il poussa, presque sans interruption, des cris pendant la nuit, appelant ses chiens à tout moment (il avait été berger avant de venir à Paris). Le 30, somnolence, figure plus pâle que rouge, parole encore plus inintelligible que la veille. Cependant on comprend que le malade veut du vin, et que le vin ne lui fera pas de mal. Son pouls est régulier, filiforme, à cent trente-six : les autres symptômes comme le 29. (*Vésic. aux j., synap. id.*)

L'assoupissement ne fut interrompu ni le jour ni la nuit. Le 1er décembre, il continuait ; l'occlusion des paupières était permanente et ne pouvait être vaincue, à raison de la contraction spasmodique de leurs muscles ; il en était de même des orbiculaires des lèvres dont les grimaces étaient fréquentes ; les membres étaient agités de mouvements convulsifs, par intervalles, le pouls était très accéléré et très petit, le ventre très météorisé. (*Quarante sangs. aux oreilles.*)

Les sangsues manquant toujours à l'hôpital, ne furent suppléées par aucun autre mode d'évacuation sanguine. Le 2, à l'heure de la visite : assoupissement profond, impossible à vaincre, air de dégoût plus que de souffrance; parfois, tremblement de la mâchoire inférieure, déglutition difficile, urine involontaire, nulle évacuation alvine ; un peu plus tard, à dix heures, figure couverte de sueur, agitation fréquente des jambes, respiration forte et bruyante, et, à

quatre heures de l'après-midi, le malade meurt, ayant eu, pendant quelque temps, de l'écume à la bouche.

OUVERTURE DU CADAVRE, QUARANTE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Rien de remarquable : muscles fermes, non poisseux.

Tête. Quelques granulations blanches, opaques, nées de l'arachnoïde à sa partie postérieure, près du sillon médian, très rapprochées. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne; deux petites cuillerées de sérosité bien claire dans chacun des ventricules latéraux; une cuillerée du même liquide à la base. — Pie-mère parfaitement saine, substance corticale du cerveau légèrement nuancée de rose, la médullaire un peu injectée. L'une et l'autre parfaitement saines d'ailleurs.

Poitrine. Nul épanchement dans le péricarde, dont l'intérieur a, au contraire, un aspect aride. Cœur d'un bon volume; son ventricule gauche un peu mou. L'aorte rouge dans toute sa longueur : ses membranes dans l'état naturel sous le rapport de la consistance et de l'épaisseur. — Plèvres saines, sans épanchement. — Poumons libres; leur lobe supérieur d'un rouge vif dans toute son épaisseur, élastique, beaucoup plus ferme que d'ordinaire, aride; leur lobe inférieur d'un rouge obscur, moins élastique, plus ferme que le supérieur, fournissant une médiocre quantité de sang par expression. Rien autre chose de remarquable.

Abdomen. Œsophage dépouillé de son épithélium, d'ailleurs sain. — Estomac d'un petit volume. Sa membrane muqueuse était jaunâtre et un peu cassante dans le grand cul-de-sac, grisâtre, sans épaississement, et d'une bonne consistance ailleurs; mamelonnée le long de la grande courbure, dans une surface de 20 à 23 centimètres qui était couverte de mucus. Elle offrait, dans cette partie

et très peu au-delà, supérieurement, vingt-cinq petites ulcérations qui avaient, pour la plupart, la forme d'une incision faite avec une lancette, et dont les bords seraient maintenus un peu écartés. — Le duodénum était grisâtre, d'ailleurs dans l'état naturel. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus dans sa première moitié; il offrait une couche de liquide noirâtre ou brunâtre dans la seconde, et, dans divers points de sa longueur, six vers lombrics. Sa membrane muqueuse était mince, pâle ou nuancée de rose très tendre dans le jéjunum, d'une bonne consistance dans sa première moitié, très légèrement ramollie ensuite. Vingt plaques elliptiques étaient disséminées dans presque toute l'étendue de l'iléum, plus ou moins rouges, saillantes de 2 millimètres ou à peu près, au-dessus des parties environnantes; très ramollies, de manière que la muqueuse qui les formait, en grande partie, ne pouvait être enlevée par traction; et elles étaient d'autant plus rapprochées et plus larges qu'elles étaient plus voisines du cœcum, près duquel trois de ces plaques, un peu ulcérées, avaient plus de 50 millimètres dans leur grand diamètre. Le tissu cellulaire sous-jacent était aussi plus ou moins rouge et épaissi, la tunique musculaire parfaitement saine. Entre ces plaques, et dans toute la longueur de l'iléum, se trouvaient un grand nombre de petites saillies arrondies, de même couleur, et, comme ces plaques, d'autant plus nombreuses et plus larges qu'elles étaient plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale; de manière que n'ayant d'abord que le volume d'un grain de millet, elles avaient ensuite celui d'un grain de chènevis, quelques-unes même 11 millimètres de diamètre, et que dans les 7 décimètres les plus voisins de la valvule elles n'étaient qu'à

2 à 4 millimètres de distance les unes des autres, sans ulcérations, sans orifices sensibles, et de l'épaisseur des plaques. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales, pultacées dans le cœcum, moulées ailleurs. Sa membrane muqueuse était un peu ramollie dans le premier point, d'une consistance et d'une épaisseur convenables ensuite. Les glandes mésenteriques étaient d'un rose tendre, leur consistance très diminuée, leur volume sans cesse croissant depuis la partie moyenne du mésentère jusqu'au cœcum, près duquel plusieurs d'entre elles avaient la grosseur d'une petite noix. — Le foie était pâle et ramolli à un médiocre degré, d'un volume convenable. La vésicule biliaire contenait une abondante quantité de liquide incolore, aqueux, transparent, et sa membrane interne était saine. Les conduits cholédoque et cystique étaient entourés de glandes lymphatiques du volume d'une noisette, ramollies, de la même couleur que les mésentériques; et à l'intérieur le conduit cystique n'était coloré en jaune que dans la longueur de 15 millimètres, au-dessus de sa réunion à l'hépatique. Il était d'ailleurs parfaitement sain. — La rate avait une couleur bleuâtre et noirâtre, un volume un peu supérieur à celui qui lui est naturel, et une bonne consistance. — La membrane muqueuse des bassinets était un peu épaissie, très injectée; celle de la vessie, à part quelques plaques rouges et une petite ulcération dans le voisinage du méat urinaire, était dans l'état normal.

Cette observation offre plus d'un genre d'intérêt, sous le rapport anatomique surtout. Les glandes qui entourent les conduits cystique et hépatique étaient d'un rose tendre, très molles, très volumineuses, avaient com-

primé le premier de ces conduits, de manière à empêcher le trajet de la bile dans la vésicule qui ne contenait qu'un liquide blanc, très ténu et diaphane. Ce liquide, qu'il eût été important d'analyser, n'était pas, très probablement du moins, le résultat d'une sécrétion morbide, la muqueuse de la vésicule étant saine, et il avait sans doute pour origine la bile elle-même, dont la matière colorante et peut-être encore d'autres éléments avaient été absorbés. D'ailleurs le conduit hépatique, malgré les glandes qui l'entouraient, ne cessa point d'être traversé par la bile ; et je regrette de n'avoir pas cherché quel était le degré de compression exercée par ces glandes sur ce conduit et sur le cystique, et de ne pouvoir dire, par cela même, si le dernier n'était devenu imperméable que parce qu'il était plus comprimé, ou parce que le trajet de la bile, y étant naturellement plus difficile, peut y être plus aisément empêché que dans le conduit hépatique.

Quelle cause avait déterminé la violente inflammation des glandes dont il s'agit? On ne peut la trouver dans la vésicule, qui n'offrait aucune lésion appréciable; ni dans le foie, dont le ramollissement simple n'amène jamais un semblable résultat; et, sans nier d'une manière absolue que cette cause ait existé dans les organes environnants, il me semble bien plus vraisemblable qu'elle n'était pas autre que celle qui préside à tant de lésions secondaires.

L'état des plaques elliptiques de l'iléum n'offrait rien que nous n'ayions observé jusqu'ici, et ne mérite, par cette raison, aucune remarque particulière. Mais il n'en est pas ainsi des granulations rouges, plus ou moins volumineuses et si multipliées, qu'on observait dans leur intervalle. Ces granulations étaient-elles des cryptes? Si leur forme devait le faire soupçonner, c'est, il faut en

convenir, le seul de leurs caractères qui soit favorable à cette idée. Car, dans cette supposition, comment a-t-il pu se faire qu'aucune de ces cryptes, si nombreuses, de toutes dimensions, à tous les degrés possibles de développement, jusqu'à l'ulcération exclusivement, n'ait offert un orifice béant, plus ou moins large, ainsi qu'on l'observe si souvent sur les plaques elliptiques de l'iléum les plus éloignées du cœcum?

On ne saurait affirmer, faute de renseignements sur la santé de la malade antérieurement à son arrivée à l'hôpital, que l'état mamelonné, circonscrit, de la membrane muqueuse de l'estomac, fût une lésion récente; mais il est digne de remarque que les petites ulcérations de ce viscère étaient presque entièrement bornées à la partie où avait lieu cette altération; et comme les ulcérations sont une suite plus ou moins directe de l'inflammation, elles témoignent, pour leur part, de la nature inflammatoire de l'état mamelonné.

L'intégrité presque parfaite de la membrane muqueuse du gros intestin, rappelle ce qui a été dit en analysant les lésions dont il est fréquemment le siége, qu'elles ne sont pas essentielles à l'affection typhoïde, puisqu'elles manquent chez plus d'un sujet, etc. Et, sans m'appesantir sur l'état des bassinets, dont la muqueuse paraît avoir été enflammée, je remarquerai que la membrane interne de la vessie offrait une légère ulcération, la seule que j'aie rencontrée parmi les sujets dont nous étudions l'histoire.

§ 4.

Des glandes lymphatiques de l'estomac.

J'ai pris note de l'état des glandes qui se trouvent le long des deux courbures de l'estomac, chez cinq sujets

seulement. Elles étaient volumineuses et d'un rouge violet le long de la petite courbure dans deux cas, non moins volumineuses, rouges et grisâtres dans deux autres, le long de la grande ; et dans l'état naturel, dans le cinquième.

La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie et amincie par bandes (obs. 36), ou seulement rouge et ramollie dans le grand cul-de-sac, chez les deux premiers sujets : elle était mamelonnée et universellement ramollie chez le troisième (obs. 7) ; sans altération appréciable chez le quatrième (obs. 30) ; amincie et ramollie, par bandes, dans le cinquième cas, où les glandes n'offraient rien de remarquable (obs. 23).

Ainsi, d'un côté, les glandes lymphatiques qui entourent l'estomac peuvent rester saines, quand sa membrane muqueuse a subi une profonde altération ; et, de l'autre, elles peuvent devenir plus ou moins rouges et volumineuses, cette membrane conservant toute son intégrité ; c'est-à-dire que l'état des glandes dont il s'agit n'est pas dans un rapport nécessaire avec celui de la membrane interne de l'estomac, que ces organes peuvent être altérés isolément et sans doute par les mêmes lois : ce qui confirme ce qui a été dit précédemment au sujet des glandes lymphatiques des autres régions.

Il suit encore de là, comme conséquence immédiate, que l'état des ganglions qui nous occupent ne peut fournir de grandes lumières sur le caractère des lésions de la muqueuse gastrique, dans le cas où ce caractère offre encore quelque obscurité ; que conclure l'inflammation de cette membrane par celle des glandes lymphatiques de l'estomac, serait s'exposer à des erreurs graves. Je regrette néanmoins que le manque de faits m'empêche d'approfondir un sujet si intéressant : mais je dois dire que mes notes ne peuvent être

aussi souvent muettes sur l'état des glandes dont il s'agit, que parce que ces glandes sont ordinairement dans l'état naturel ; que l'excès de leur volume n'aurait pu m'échapper dans le cas où il aurait été considérable, à raison de la manière dont j'examinais constamment l'estomac.

Je le séparais, en effet, des autres organes, à 100 ou 120 millimètres de ces deux orifices; je l'ouvrais le long de sa grande courbure, je le maniais ensuite dans tous les sens, je consacrais un temps considérable à l'étude de sa muqueuse : comment n'aurais-je pas remarqué un excès de volume, même assez médiocre, des glandes lymphatiques qui accompagnent l'estomac, dans les cas où il aurait eu lieu?

§ 5.

Des glandes lombaires et inguinales.

Les glandes lombaires étaient volumineuses et fermes chez deux sujets, dont l'un succomba à un érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs, développé à une époque avancée de la maladie. Dans un autre cas du même genre, les glandes inguinales, correspondantes au côté affecté, étaient rouges, volumineuses, et l'une d'elles contenait du pus. Le même état pathologique, sans le pus, existait chez trois autres sujets qui, tous, avaient des vésicatoires aux membres inférieurs.

§ 6.

Des glandes cervicales et axillaires.

De douze sujets dont les glandes cervicales ont été convenablement observées, neuf les avaient plus ou moins

rouges et volumineuses, sans ramollissement très sensible. Elles n'offraient rien de remarquable chez les trois autres, qui furent emportés après le trentième jour de l'affection.

Des neuf premiers, six avaient le pharynx ulcéré, ou l'épiglotte détruite dans une petite étendue; et l'on peut attribuer à ces lésions l'état des glandes cervicales. Mais la membrane muqueuse du pharynx et des voies aériennes était parfaitement saine chez un des trois autres sujets, un peu rouge seulement chez les deux autres; en sorte qu'il n'y a d'autre explication à donner de la lésion qui nous occupe, dans ces trois cas, que celle qui a été donnée pour les lésions analogues des mêmes organes, dans d'autres régions et dans les mêmes circonstances : c'est-à-dire quand la membrane muqueuse correspondante à ces ganglions ne s'éloignait pas sensiblement de l'état naturel.

Je répéterai d'ailleurs, par rapport au petit nombre de faits que j'ai recueillis, relativement à l'état des glandes cervicales, ce que j'ai dit relativement à celles de l'estomac ; que si elles eussent été plus fréquemment augmentées de volume, cette augmentation n'aurait pu m'échapper ; vu que, pour examiner les voies aériennes, j'enlevais en même temps le pharynx et la langue, en faisant des incisions sur les côtés du cou.

J'ai examiné les glandes axillaires chez un individu qui offrait une large ulcération à l'épaule droite, suite d'une eschare de la peau ; et elles étaient rouges et volumineuses, à peu près également des deux côtés.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

1° Les glandes *mésentériques* étaient rouges et volumineuses chez six sujets morts de variole, de scarlatine, de

péripneumonie ou d'érysipèle des membres inférieurs, et un peu ramollies dans un cas de variole : c'est-à-dire que dans aucun de ceux dont il s'agit, l'altération des glandes n'était comparable à celle que présentaient ces organes dans la seconde moitié du mésentère, à la suite de l'affection typhoïde.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle était parfaitement saine chez un péripneumonique, plus ou moins altérée, rouge et ramollie, ou seulement ramollie chez les cinq autres sujets.

2° Je n'ai recueilli que quelques faits relatifs aux glandes *mésocolites* ; et, comme les mésentériques, je les ai trouvées saines dans des cas où la muqueuse du gros intestin paraissait enflammée.

3° Les glandes *cervicales* étaient plus ou moins rouges et volumineuses chez quatre sujets, dont trois atteints de maladies éruptives. — La membrane muqueuse des voies aériennes n'offrait d'altération évidente que dans deux de ces cas.

4° Dans aucun je n'ai observé de lésion quelconque des glandes lymphatiques autour des *conduits biliaires*.

Ces derniers faits, bien que négatifs en quelque sorte, n'en sont pas moins précieux, soit qu'on les considère en eux-mêmes, soit qu'on les compare à ceux qui sont relatifs aux individus morts d'affection typhoïde.

Sous le premier point de vue, ils concourent à démontrer que les glandes lymphatiques peuvent être altérées en vertu des mêmes causes générales qui président à tant d'autres lésions, et indépendamment des membranes muqueuses auxquelles elles correspondent ; que celles-ci sont fréquemment altérées, sans que les glandes lymphatiques correspondantes s'éloignent de l'état naturel ; ce qu'il n'est pas

toujours possible d'attribuer à l'époque tardive à laquelle les lésions se seraient développées. Car, pour ne parler que de la muqueuse qui tapisse l'intestin grêle, elle est trop souvent plus ou moins profondément altérée, ramollie, rouge, etc., dans une grande étendue, pour qu'il soit possible de croire que cette altération ait eu lieu en un ou deux jours; de manière qu'on ne saurait s'aider de l'état des glandes lymphatiques pour s'éclairer sur le caractère, encore douteux, de quelques-unes des lésions des membranes qui leur correspondent.

Sous le second point de vue, ces faits montrent : 1° que le ramollissement et l'augmentation du volume des glandes mésentériques, à un degré un peu remarquable, sont propres aux sujets atteints d'affection typhoïde; que bien que cette lésion soit consécutive à celle des plaques elliptiques de l'intestin grêle, elle n'en est pas moins, au degré dont il s'agit, un caractère anatomique presque aussi important que l'ulcération et l'inflammation des plaques elles-mêmes; ayant lieu, comme elles, chez tous les sujets, et avec des nuances analogues, suivant l'époque de l'affection à laquelle la mort arrive; 2° que pour un même état de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, dans sa partie voisine du duodénum, là où les plaques elliptiques n'offrent point d'altération spéciale, les glandes mésentériques sont beaucoup plus souvent lésées, rouges, augmentées de volume et sans ramollissement bien sensible, chez les sujets qui succombent à l'affection typhoïde, que chez ceux qui meurent d'autres maladies aiguës; qu'ainsi l'affection typhoïde établit une prédisposition marquée à l'altération des ganglions mésentériques : ce qui est vrai non-seulement de ces glandes, mais aussi de celles des autres régions, et notamment de celles du cou et des environs des conduits biliai-

res, celles-ci n'ayant été altérées dans aucun cas à la suite de maladies aiguës autres que celle qui fait l'objet spécial de ces recherches.

CHAPITRE III.

DE LA RATE.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La rate n'était dans l'état naturel que dans quatre cas : deux fois chez des sujets morts du vingtième au trentième jour de l'affection, deux fois chez ceux qui avaient succombé après cette époque. (1)

(1) On sera peut-être tenté, à raison du grand nombre de cas dans lesquels la rate m'a paru s'éloigner de l'état naturel, d'élever des doutes sur la valeur des résultats que j'expose dans ce chapitre, de se demander, par exemple, si, quand l'augmentation du volume de la rate m'a semblé médiocre, cette augmentation n'était pas plus apparente que réelle ; si, sous ce rapport, mes résumés n'auraient pas effectivement moins d'exactitude qu'on ne le croirait au premier abord. A ces doutes, je répondrai que le volume de la rate est réellement très peu considérable dans l'état naturel, puisque la percussion du point de la poitrine qui lui correspond ne peut la faire reconnaître que dans les cas où ses dimensions sont incontestablement augmentées, comme dans les fièvres intermittentes et dans quelques cas d'affection typhoïde ; qu'on ne la découvre, à travers les parois de l'abdomen, que dans les mêmes circonstances : qu'ayant ouvert plusieurs sujets morts presque subitement et d'une manière imprévue, sans pouvoir me rendre compte de leur mort par l'état des organes, j'ai trouvé alors la rate d'un très petit volume ; qu'il en a encore été de même chez la majorité de ceux qui avaient succombé à une maladie aiguë des poumons ou à une affection organique du cœur ; que si le volume des viscères diminue ordinairement dans

Ses altérations consistaient dans des changements de volume, de consistance et de couleur, que je vais successivement exposer.

§ 1.

Du volume de la rate.

La rate était trois, quatre et cinq fois plus volumineuse que dans l'état normal, chez dix-sept des quarante-six sujets dont nous étudions l'histoire; de manière que plusieurs fois je l'ai trouvée haute de 20 centimètres, et large en proportion. Ces cas étaient distribués de la manière suivante :

4	chez les	10 sujets	du 1er groupe,
3	les	7	du 2e,
9	les	20	du 3e,
1	les	9	du 4e;

c'est-à-dire que la proportion des cas dans lesquels le volume de la rate était considérablement augmenté, était beaucoup plus grande chez ceux qui avaient succombé avant le trentième jour de l'affection, que chez ceux qui étaient morts après cette époque, et à peu près la même chez les trois premiers groupes de sujets.

Dans les autres cas, si l'on en excepte dix, la rate avait le double et au-delà de son volume ordinaire. Dans les dix

le cours des affections chroniques, il n'en est pas de même dans celui des maladies aiguës; que c'est d'après ces exemples que j'ai apprécié l'état de la rate; que, comme le volume de ce viscère doit, ainsi que celui de tous les autres, offrir de nombreuses variétés dans l'état normal, je n'ai compté, parmi les cas d'augmentation de ce volume, que ceux où il m'a paru au moins doublé.

exceptés, ce volume était ou naturel, ou moins que doublé. Ces cas étaient distribués ainsi qu'il suit :

2 chez les 10 sujets du 1er groupe,
5 les 6 du 3e,
3 les 20 du 4e.

Et parmi ces derniers se trouve le seul sujet dont la rate ait paru d'un petit volume ; tandis que chez tous ceux du premier groupe elle était encore plus volumineuse que de coutume, mais non doublée.

Ainsi, les individus morts après le trentième jour de la maladie étaient ceux chez lesquels le volume de la rate était à la fois le moins souvent très considérable, et le plus souvent naturel, ou à très peu près.

Cet excès de volume de la rate, dans le cours de l'affection typhoïde, est un fait sur lequel tous les observateurs s'accordent parfaitement aujourd'hui ; et, pour en citer un en particulier, je dirai que sur 32 sujets emportés par l'affection typhoïde dont M. Barth a recueilli l'histoire avec soin, un seul avait la rate petite ou haute de 80 millimètres ; que le *minimum* de la hauteur de cet organe était de 120 millimètres chez les autres. Le cas dans lequel la rate était petite était relatif à un sujet emporté après quatre-vingt-quatre jours de maladie, chez lequel beaucoup de lésions avaient rétrogradé, celles de la rate comme les autres, très probablement; en sorte que cette nouvelle série de faits est en tout semblable à celle que je viens d'exposer, et conduit aux mêmes conséquences.

§ 2.

Du ramollissement de la rate.

Ce ramollissement avait lieu à divers degrés, dans les trois quarts des cas, ou chez trente-quatre sujets ; un peu

moins souvent, dès lors, que l'augmentation du volume de l'organe, et dans toute son étendue.

Au plus haut degré de ce ramollissement, la rate, non encore divisée, se laissait pénétrer sans effort, et son parenchyme se réduisait, avec la plus grande facilité, en une sorte de putrilage. Ce ramollissement extrême existait chez sept individus : dont ;

1 du 1er groupe,
1 du 2e,
5 du 3e.

Il n'y en avait pas d'exemple chez ceux qui avaient succombé après trente jours de maladie.

A un degré un peu inférieur, le ramollissement existait encore chez sept sujets ; dont,

2 du 1er groupe,
1 du 2e,
3 du 3e,
1 du 4e.

Il était beaucoup moindre chez les autres sujets, surtout chez ceux qui avaient succombé dans la période la plus avancée de l'affection.

La rate avait conservé la consistance qui lui est naturelle chez quatorze sujets ; savoir :

1 sur 10 du 1er groupe,
1 sur 7 du 2e,
8 sur 20 du 3e,
4 sur 9 du 4e.

En sorte qu'elle avait beaucoup plus souvent le volume et la consistance qui lui sont naturels chez les individus emportés après le trentième jour de l'affection, que chez

ceux qui avaient succombé plus tôt ; et que dans le seul cas où, chez les premiers, son volume et son ramollissement étaient considérables, ils n'avaient pas atteint leur dernière limite.

Mais ces deux lésions n'étaient pas toujours réunies ; elles se trouvaient à des degrés différents chez le même sujet. Voici ce que j'ai observé à cet égard.

Dans les cas, au nombre de sept, où le ramollissement de la rate était extrême, l'augmentation de son volume avait lieu au même degré. Dans ceux où son ramollissement était un peu moindre, son volume n'était considérable que quatre fois sur sept ; et, à un degré de ramollissement moindre encore, la rate était trois ou quatre fois plus volumineuse que dans l'état normal chez quatre sujets. Enfin, elle avait la consistance qui lui est naturelle dans quatre autres cas où son volume était quadruplé, cas relatifs à des individus morts du vingtième au trentième jour de l'affection.

C'était donc chez les sujets emportés le plus rapidement, qu'on trouvait le plus souvent réunis l'excès de volume et l'excès de ramollissement de la rate.

Si maintenant l'on se rappelle que la rate n'a été parfaitement saine, c'est-à-dire à la fois d'un volume et d'une consistance naturels, dans aucun des cas où la mort est arrivée du huitième au vingtième jour de l'affection ; qu'elle n'a paru exempte de toute altération que chez quatre des sujets emportés à une époque plus éloignée ; on en conclura que l'altération de ce viscère commence à une époque très rapprochée du début, et que *très probablement* elle a lieu chez tous les sujets : ceux chez lesquels on n'en a point observé de traces, étant du nombre des individus chez lesquels d'autres lésions avaient rétrogradé, et celles

de la rate ayant pu, ayant dû même, dans plusieurs cas, suivre la même marche.

§ 3.

De la couleur de la rate.

La couleur de la rate n'était guère moins fréquemment altérée que sa consistance et son volume ; mais il n'y avait point de rapport entre ses diverses nuances et ses autres attributs, la même couleur s'unissant, à peu près dans des proportions égales, à tous les degrés de consistance et de volume : en sorte que les altérations de couleur de la rate, comme celles de beaucoup d'autres organes, étaient moins constantes que toutes les autres.

La couleur était beaucoup plus foncée que dans l'état naturel dans la moitié des cas ; d'un brun-bleu très intense, encore plus prononcé à l'intérieur qu'à l'extérieur, chez seize sujets ; d'un rouge foncé, noirâtre, dans lequel la teinte bleue disparaissait plus ou moins complétement, chez huit autres. — Ces deux nuances existaient chez la moitié des individus morts du huitième au quinzième jour de l'affection, dans une proportion un peu plus considérable chez ceux qui avaient été emportés du quinzième au trentième jour ; et seulement chez trois sujets de la période suivante.

Bien qu'à un moindre degré, la couleur était encore plus foncée que dans l'état normal, chez d'autres individus. Elle était ou naturelle ou plus claire que de coutume, chez neuf sujets, dont un avait la rate très volumineuse.

Uniforme dans toute l'épaisseur de ce viscère, si l'on en excepte deux cas, la couleur de la rate était rouge dans l'un d'eux à la superficie de l'organe, dans l'épaisseur de 25 millimètres, et d'une teinte beaucoup plus obscure au-dessous (obs. 36).

Mais à quelle cause rapporter les diverses lésions qui viennent d'être passées en revue? A ne consulter que le ramollissement et l'augmentation du volume de la rate, ordinairement simultanés, on serait porté à n'y voir qu'un produit de l'inflammation ; et l'on pourrait se fortifier dans cette manière de voir en considérant que chez quelques-uns des sujets dont il s'agit, ou chez plusieurs de ceux qui ont échappé à la mort, et dont j'analyserai l'histoire, la rate avait été, suivant toutes les probabilités du moins, le siége de légères douleurs, qu'on augmentait par la pression. Mais d'autres faits ne permettent pas, ce me semble, de s'arrêter à cette manière de voir. D'une part, on ne peut attribuer, avec certitude, la douleur dont il s'agit au parenchyme de la rate, et l'analogie indique qu'elle est sans doute le résultat de la distension des membranes de ce viscère; aucune raison ne permettant de supposer à son parenchyme une sensibilité dont les autres ne donnent pas ordinairement de preuve, même dans leurs affections les plus aiguës, tant qu'elles demeurent étrangères à leur enveloppe. D'un autre côté, le caractère le plus évident de l'inflammation, le pus, n'existait dans aucun des cas dont il a été question; je n'en ai pas trouvé non plus chez aucun des sujets morts d'autres maladies aiguës, dont la rate offrait des lésions analogues à celles qui nous occupent; et comment concevoir qu'une inflammation de ce viscère, assez énergique pour amener tantôt plus, tantôt moins promptement, l'excès de volume et le ramollissement qui ont été signalés, n'eût donné lieu, chez aucun sujet, à la formation d'une certaine quantité de pus?

On ne dira pas sans doute que la structure de la rate étant très différente de celle des autres organes, on conçoit sans peine que les phénomènes inflammatoires y soient mo-

difiés, que la formation du pus n'en soit pas la suite; puisque le parenchyme de la rate offre un assez grand nombre de produits morbides, analogues à ceux des autres organes; que le cerveau, dont la structure diffère certainement plus que celle de la rate de la structure de tout autre viscère, n'en est pas moins propre à la formation du pus; et qu'enfin on a trouvé, bien que rarement, une certaine quantité de pus dans l'intérieur de la rate.

Deux faits importants viennent encore à l'appui de ce qui précède. L'inflammation envahit bien quelquefois tout un organe, mais pas toujours à beaucoup près; et quand elle est universelle dans l'un d'eux, dans le poumon par exemple, on ne l'y trouve pas au même degré dans toute son étendue : en sorte que si le ramollissement et l'augmentation du volume de la rate étaient l'effet de l'inflammation, les lois auxquelles ce phénomène est soumis seraient encore une fois renversées pour ce viscère; puisque cette double lésion y est toujours universelle, et qu'à une exception près, j'ai toujours vu le ramollissement au même degré dans toute son étendue (obs. 10).

L'autre fait est relatif à l'état d'intégrité des enveloppes de la rate dans tous les cas dont il s'agit : ce qu'il serait difficile de concevoir dans l'hypothèse d'une inflammation de ce viscère, aussi universelle et aussi forte qu'il faudrait le supposer; puisque dans les cas où l'inflammation existe dans d'autres organes, les membranes qui les recouvrent y participent fréquemment.

On ne répondra pas sans doute à cette objection que les plaques cartilagineuses qui se développent si souvent à la surface de la rate sont le produit de l'inflammation; car en admettant qu'il en soit ainsi, cela ne prouverait absolument rien pour les cas dont il s'agit; les plaques

en question étant probablement, comme leurs analogues du cœur, la suite d'une inflammation primitive et partielle de la séreuse correspondante.

Terminons en concluant de ce qui précède que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de déterminer la nature des lésions qui nous occupent.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

La rate était bien plus fréquemment dans l'état naturel chez ces sujets que chez ceux qui avaient été emportés par l'affection typhoïde; de manière que je ne l'ai trouvée plus ou moins profondément altérée que sur trente-deux des quatre-vingt-trois individus chez lesquels je l'ai examinée.

Elle était extrêmement ramollie, doublée ou triplée de volume dans trois cas de péritonite, de scarlatine, et de mort presque subite et imprévue; encore très ramollie, bien qu'à un degré un peu moins considérable, chez quatorze sujets qui l'avaient petite ou d'un volume naturel ; et neuf d'entre eux avaient succombé à la péripneumonie. Enfin, le ramollissement existait encore, mais plus léger, dans huit autres cas, dont trois relatifs à des péripneumoniques chez lesquels la rate était un peu plus volumineuse que dans l'état normal.

Elle avait conservé la consistance qui lui est naturelle dans les cinq derniers cas, où son volume était doublé ou triplé.

En sorte que de trente-deux sujets dont la rate était plus ou moins profondément altérée, dix l'avaient augmentée de volume, et vingt-cinq plus ou moins ramollie.

Ce n'est donc pas seulement par la proportion des cas dans lesquels on la trouvait altérée, mais surtout par le caractère et la profondeur de ses lésions, que la rate offrait de

notables différences chez les sujets morts d'affection typhoïde et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës. Il y avait même, sous ce rapport, une sorte d'opposition, puisque, chez ceux-ci, la rate était plus souvent petite que volumineuse, que son ramollissement était bien plus ordinairement uni à la diminution qu'à l'augmentation de son volume. Il ne faut pas oublier d'ailleurs, que non-seulement le volume de la rate était beaucoup moins fréquemment augmenté chez les individus dont il est question, que chez ceux qui avaient été emportés par l'affection typhoïde; mais que dans les cas où il l'était le plus, il n'égalait pas celui de ce viscère dans le maximum de son développement, à la suite de cette dernière maladie.

La rate n'étant pas altérée, à beaucoup près, chez tous ceux qui succombent à des affections aiguës autres que l'affection typhoïde, j'ai recherché si le ramollissement, qui en est la lésion la plus grave et la plus fréquente, ne serait pas soumis à quelque loi dont l'existence fût facile à constater; et voici ce que j'ai trouvé.

Des quatre-vingt-trois sujets dont il s'agit, treize avaient succombé avant le quinzième jour de la maladie; cinquante-huit du quinzième au trentième; douze au-delà de cette époque. Deux des premiers, morts au septième et au neuvième jour, avaient la rate ramollie, et vingt-trois des seconds. Elle n'offrait rien de remarquable, sous ce rapport, chez les autres. C'est-à-dire qu'elle était ramollie chez un peu moins de la moitié des individus emportés du quinzième au trentième jour de l'affection, chez la sixième partie de ceux qui avaient succombé auparavant; qu'ainsi son ramollissement était non-seulement moindre et moins fréquent dans les cas dont il s'agit, que dans l'affection typhoïde, mais qu'il ne s'était développé qu'à une époque plus avancée.

Il est remarquable d'ailleurs que la proportion des cas de ramollissement était la même chez les péripneumoniques et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës.

Mais de ce qu'aucun des sujets morts après le trentième jour de l'affection n'avait la rate ramollie, conclurons-nous qu'elle ne l'avait été à aucune époque de cette affection, ou que son ramollissement avait rétrogradé? Cette dernière supposition me paraît la plus *vraisemblable ;* en ce qu'il serait difficile, d'une part, de concevoir comment près de la moitié des sujets morts du quinzième au trentième jour d'une même affection, aurait une lésion secondaire que n'aurait éprouvée aucun de ceux (au nombre de douze) qui auraient succombé plus tard; que de l'autre, plusieurs lésions, celles de la rate entre autres, rétrogradent dans le cours de l'affection typhoïde, dont la terminaison est également fâcheuse, et que l'*analogie* indique qu'il doit en être ainsi pour les autres maladies aiguës.

L'âge semble d'ailleurs n'avoir aucune influence particulière sur la lésion qui nous occupe, le ramollissement de la rate n'ayant été ni plus fréquent, ni plus rare, toutes choses égales d'ailleurs, chez les jeunes sujets que chez ceux qui étaient parvenus à un âge plus ou moins avancé.

J'ai encore recherché s'il n'y aurait pas quelque rapport entre la diarrhée, les lésions plus ou moins profondes de la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin, et l'état de la rate; et je n'en ai trouvé aucun. Le ramollissement de ce viscère n'était pas proportionnément plus commun chez les sujets dont la muqueuse intestinale était plus ou moins profondément altérée, que chez ceux dont elle était saine. Et l'indépendance de ces deux espèces de lésions est encore attestée par un autre fait du même genre, plus remarquable relativement à l'objet spécial de cet ouvrage, savoir : que de

quatre sujets qui ont succombé à une entérite aiguë proprement dite, développée dans le cours d'une maladie chronique peu avancée, ou commençante, aucun ne m'a présenté la moindre altération de la rate.

Il est encore vrai de dire que l'état de la rate n'offrait aucun rapport avec celui de l'estomac, soit chez les individus emportés par l'affection typhoïde, soit chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës ; qu'une même altération de la rate coïncidait avec les lésions les plus variées de la muqueuse gastrique, avait également lieu dans les cas où elle était saine et dans ceux où elle était ramollie et amincie, ou rouge, mamelonnée, plus ou moins ramollie, manifestement enflammée.

Ainsi, plus nous analysons, plus nous envisageons les faits sous des points de vue différents, plus nous voyons que l'altération de la rate a quelque chose de spécial et de caractéristique chez les sujets atteints d'affection typhoïde.

CHAPITRE IV.

DE L'APPAREIL BILIAIRE.

ARTICLE PREMIER.

Du foie.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

§ 1.

Volume du foie.

Le volume du foie était presque toujours naturel; deux fois seulement je l'ai trouvé moindre, et, cinq fois, plus considérable que de coutume. Dans les mêmes cas, le foie avait aussi perdu de sa consistance, dans les premiers sur-

tout (obs. 12, 31). Il était plus rouge que d'ordinaire chez un des sujets dont il s'agit (obs. 45); pâle ou d'une couleur convenable chez les autres.

§ 2.

Consistance du foie.

La consistance du foie était diminuée, le tissu de l'organe tantôt mou, tantôt friable, dans le plus grand nombre des cas, et, dans aucun, il ne m'a semblé plus ferme que dans l'état naturel.

Le *ramollissement* existait dans vingt-deux cas, à très peu près chez la moitié des sujets, et à un degré très remarquable chez quatre d'entre eux.

Comme celui de la rate, le ramollissement du foie était universel, mais ordinairement plus marqué dans son grand que dans son moyen lobe; de telle sorte que cette différence était proportionnée à celle qui existe naturellement dans la consistance de ces deux parties. Loin d'être plus coloré que dans l'état normal, le foie ainsi ramolli était ordinairement pâle, ses deux substances étaient presque confondues; il était moins humide que de coutume, offrait même, dans plusieurs cas, un aspect aride à la surface des incisions pratiquées dans toute sa masse; à peu près comme les foies gras, avec lesquels il n'avait d'ailleurs aucun autre point de contact.

Au plus haut degré de son ramollissement, ou dans les quatre cas indiqués plus haut, le foie était très facile à déchirer, on y enfonçait les doigts sans éprouver, en quelque sorte, de résistance. Il n'en était pas tout-à-fait ainsi dans les cas où l'altération était moindre; alors, en effet, le tissu de l'organe, quoique fort mollasse, n'avait pas toujours perdu beaucoup de sa force de cohé-

sion; il semblait même offrir, à la traction, une résistance plus considérable que dans l'état ordinaire, chez un des sujets (obs. 29).

Si le ramollissement de la rate, souvent uni à une augmentation remarquable de son volume et à une couleur plus foncée que dans l'état naturel, pouvait être attribué, au premier abord, à l'inflammation; il n'en est pas de même de celui du foie qu'on observait presque toujours dans des conditions opposées; puisque alors il était ordinairement pâle, conservait son volume ou paraissait plus petit que dans l'état naturel, était aride et contenait moins de liquide que dans l'état normal : en sorte que si l'on connaissait un état pathologique opposé à l'inflammation, il conviendrait sans doute d'y rapporter celui qui nous occupe.

D'ailleurs le ramollissement du foie n'était particulier à aucune des époques principales auxquelles les malades avaient succombé. On l'observait, à divers degrés,

chez 6 sujets, sur 10 de la 1re série,
chez 3, sur 7 de la 2e,
chez 9, sur 20 de la 3e,
chez 4, sur 9 de la 4e.

C'est-à-dire qu'envisagé d'une manière générale, ce ramollissement était seulement un peu plus commun chez les individus emportés du huitième au vingtième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient succombé plus tard. Mais la différence était beaucoup plus marquée pour les cas où le ramollissement était considérable : en sorte que deux d'entre eux sont relatifs à des sujets morts les huitième et neuvième jour de l'affection (obs. 10, 12); deux, à des individus emportés les seizième et dix-huitième (obs. 6, 31).

Dans les vingt-deux cas de ramollissement qui nous oc-

cupent, la consistance du foie était trop au-dessous de celle qu'il offre dans les cas où il semble parfaitement sain, pour qu'on pût la considérer comme une simple variété de l'état naturel. Mais à supposer, contre toute apparence, qu'il en fût réellement ainsi chez quelques sujets, on ne pourrait pas étendre cette supposition à l'ensemble des cas, encore moins à ceux où le ramollissement existait au plus haut degré.

Mais le ramollissement dont il s'agit est-il véritablement une lésion, la suite d'un état pathologique quelconque? Doit-on, au contraire, au moins dans un assez grand nombre de cas, le considérer comme une altération cadavérique commençante, favorisée par l'élévation de la température? Cette dernière supposition paraîtra la plus vraisemblable; 1° si l'on n'a pas oublié, ce que je remarquais encore tout à l'heure, que le ramollissement dont il s'agit avait des caractères très différents de celui qui tient manifestement à l'inflammation, étant presque toujours universel et à peu près uniforme; uniformité et universalité qui n'ont lieu, au même degré, pour aucune lésion des viscères de notre économie, dans le sens rigoureux de ce mot : 2° si j'ajoute que sur les vingt-deux cas dont il s'agit, six seulement sont relatifs à des sujets, au nombre de vingt-huit, qui ont succombé aux mois d'octobre, novembre, décembre, janvier, février et mars, les mois les plus froids de l'année; tandis que les seize autres cas appartiennent aux sujets, au nombre de vingt-deux, qui ont succombé dans les mois les plus chauds, ceux dans lesquels la décomposition cadavérique marche avec le plus de rapidité. Je remarquerai encore, à l'appui de la proposition qui précède, que la proportion des cas de ramollissement du foie n'était pas seulement plus considérable chez les individus morts

dans la saison chaude, que chez ceux qui avaient succombé dans la saison froide, mais que le degré de ce ramollissement était aussi plus marqué chez les premiers que chez les seconds; en sorte que les quatre cas dans lesquels le ramollissement était le plus marqué sont relatifs à des malades morts aux mois de mai, juillet et août, dans l'espace de moins de vingt jours; c'est-à-dire à une époque de l'affection où l'amaigrissement était médiocre, où l'abondance des liquides devait encore favoriser la décomposition cadavérique et l'action de la chaleur.

Enfin, de dix-huit cas dans lesquels le foie avait la consistance normale et pouvait être considéré comme parfaitement sain sous tous les rapports, cinq seulement sont relatifs aux sujets morts dans la saison chaude, et treize à ceux qui ont succombé dans la saison froide. De manière que tout semble concourir à démontrer que le ramollissement dont il s'agit est moins une lésion, que la conséquence, l'effet de la décomposition cadavérique commençante.

Cependant, comme d'une part le ramollissement qui nous occupe n'a pas eu lieu chez tous les sujets qui ont succombé dans les mois les plus chauds de l'année; comme, d'autre part, il a été constaté chez des sujets emportés pendant l'hiver; il faut nécessairement reconnaître ici, avant tout, l'existence d'une cause prédisposante dans les solides ou dans les liquides, peut-être dans les uns et dans les autres à la fois, qui aura favorisé ou empêché l'action de la chaleur dans un certain nombre de cas, dans l'espace de temps écoulé entre la mort et le moment où l'autopsie a été faite; à moins encore d'admettre, ce que d'autres faits rendent très vraisemblable, que le ramollissement dont il s'agit a bien pu être influencé par la température, mais qu'il avait commencé pendant la vie.

Sans être mou, le foie avait moins de cohésion que dans l'état normal, était plus ou moins *friable* chez trois sujets, dont l'un avait succombé le dix-neuvième jour de l'affection (obs. 45), et les deux autres après le trentième. A cette friabilité se joignait une augmentation de volume dans deux cas (obs. 18, 16), et une coloration plus rouge que dans l'état naturel dans l'un d'eux.

Cet état, qu'on ne peut pas confondre avec le ramollissement décrit plus haut, était-il inflammatoire? On pourrait le présumer pour les deux cas où il y avait augmentation de volume, et surtout pour celui où le foie était plus rouge que dans l'état normal; mais affirmer serait, ce me semble, aller au-delà des faits.

§ 3.

Couleur du foie.

La couleur du foie n'était naturelle que chez douze des sujets dont il s'agit, un peu plus fréquemment chez ceux qui avaient succombé après le trentième jour de la maladie, que chez ceux qui avaient été emportés plus rapidement.

Elle était plus rouge que dans l'état normal chez huit individus, entre lesquels cinq étaient l'exemple d'un engorgement sanguin plus ou moins marqué (obs. 3, 14, 27, 34, 45); un peu plus fréquemment chez les sujets qui avaient succombé du huitième au vingtième jour de la maladie, que chez ceux qui avaient été emportés plus tard. Cette rougeur était uniforme dans toute l'épaisseur d'une même région, un peu plus considérable seulement dans le grand que dans son moyen lobe du foie, et dans la même proportion que dans l'état naturel. — Cette double circonstance, l'uniformité et l'universalité de la coloration, me semble de-

voir éloigner l'idée que cette lésion fût, chez quelques sujets, le résultat de l'inflammation.

Dans un seul cas, le foie avait une couleur jaunâtre sur laquelle se dessinaient assez vivement un grand nombre de taches d'un rouge amaranthe, comme étoilées, de 150 millimètres, plus ou moins, de surface, à l'intérieur comme à l'extérieur.

Enfin le foie était décoloré, plus ou moins pâle chez vingt-un sujets; et quatorze d'entre eux l'avaient plus ou moins ramolli. A la décoloration était jointe une teinte grisâtre chez un de ces derniers.

§ 4.

Lésions organiques du foie.

Un sujet, mort au quarantième jour de l'affection, offrait une lésion de cette espèce (obs. 17). La couleur grisâtre et violacée de la surface du foie était interrompue, à 30 ou 40 millimètres de son bord libre, dans une superficie de 60 centimètres, par une teinte jaune correspondant à une tumeur de même étendue, formée par un pus jaunâtre, de peu de consistance, inodore, contenu dans une sorte de tissu aréolaire d'une couleur plus pâle. Et, dans d'autres points plus ou moins profondément placés, se trouvaient dix tumeurs d'un moindre volume, également jaunâtres, fermes, sans pus, dans l'épaisseur desquelles les aréoles étaient indiquées par une couleur un peu différente de celle de la masse.

L'apparence de ces tumeurs, qu'elles fussent ou non suppurées, ne permettait pas de les confondre avec les tubercules; et elles rappelaient la structure des abcès du foie, telle que je l'ai décrite dans mon mémoire sur cette lésion.

Le foie ne fut *emphysémateux* dans aucun cas; mais chez trois sujets morts à des distances très variées du début, les

vaisseaux sanguins de cet organe contenaient une plus ou moins grande quantité d'air.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

1° Le *volume* du foie était plus considérable que dans l'état ordinaire, chez neuf des soixante-treize sujets chez lesquels j'en ai pris note. A cet excès de volume se joignait une couleur rouge plus ou moins foncée dans trois cas, et, dans l'un d'eux, un ramollissement assez considérable.— S'il n'est pas possible de dire qu'il y eût inflammation là où il y avait seulement augmentation apparente de volume et rougeur du foie, il est très probable qu'elle existait dans le cas où, à cette double lésion, se joignait un ramollissement marqué.

D'ailleurs, le volume du foie n'était pas plus souvent considérable chez les sujets morts de péripneumonie que chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections; de manière qu'à supposer cette augmentation de volume aussi réelle qu'apparente, dans quelques cas, on ne pourrait la considérer, du moins avec vraisemblance, comme le produit d'une congestion mécanique.

Au lieu d'avoir acquis un excès de volume, le foie semblait en avoir perdu dans cinq cas, dont trois étaient aussi l'exemple d'un ramollissement très marqué.

Bien qu'on ne puisse affirmer que cette réduction de volume soit moins un état pathologique qu'une disposition congénitale, cette dernière supposition paraîtra la plus vraisemblable, si l'on n'oublie pas que tous nos viscères, notre corps entier, sont sujets, dans l'état normal, à des variations de volume au moins aussi marquées que celles dont il s'agit.

2° Le foie avait perdu une partie de sa consistance normale,

était manifestement *ramolli*, dans quinze des soixante-treize cas dont il s'agit, dans une proportion un peu moindre, par conséquent, que chez les sujets emportés par l'affection typhoïde; et ce ramollissement était au plus haut degré dans cinq cas.

Comme à la suite de l'affection typhoïde, le foie ramolli était généralement pâle, et, dans quatre cas de ramollissement extrême, dont trois étaient aussi des exemples d'emphysème du foie, la couleur de ce viscère était verdâtre.

Les incisions pratiquées dans son épaisseur offraient encore un aspect aride et mat, dans plusieurs cas, comme chez les individus emportés par l'affection typhoïde ; et, comme chez ces derniers, le plus haut degré de ramollissement n'avait pas lieu chez les sujets emportés après un mois de souffrance, très amaigris par conséquent.

Un dernier trait de ressemblance avec ce qui a eu lieu chez les individus emportés par l'affection typhoïde, c'est que le ramollissement n'a pas été également fréquent chez les sujets qui nous occupent dans toutes les saisons, cet état ayant été observé quatre fois seulement sur trente-six sujets emportés dans la saison froide, et onze fois sur trente-sept sujets qui ont succombé dans la saison chaude.

En sorte que ces faits semblent venir à l'appui de ce qui a été dit précédemment, de l'influence de la décomposition putride sur le ramollissement du foie, chez les individus emportés par l'affection typhoïde.

Mais les cas dans lesquels le foie avait conservé sa couleur, sa fermeté et sa cohérence ordinaires, dans lesquels il paraissait parfaitement sain, ces cas semblent infirmer cette manière de voir; vu qu'ils étaient également nombreux chez les sujets qui avaient succombé dans la saison froide et chez ceux

qui avaient été emportés dans la saison chaude, étant au nombre de dix-huit dans chacune d'elles. En sorte que l'influence de la décomposition putride commençante sur le ramollissement du foie devient très problématique, et qu'il est très vraisemblable, au contraire, que ce ramollissement, surtout quand on l'observe à un degré assez considérable, avait déjà commencé pendant la vie.

Des faits plus nombreux permettraient sans doute de décider plus nettement la question.

Le foie était plus friable que mou chez six autres sujets. Sa couleur n'était pâle chez aucun d'eux ; ce qui a déjà été observé dans des cas analogues, chez des individus emportés par l'affection typhoïde. Et cette différence de coloration est, comme je l'ai indiqué ci-dessus, un des caractères distinctifs du ramollissement et de la friabilité du foie.

L'âge n'avait point eu d'influence appréciable sur cette double lésion, qui existait à peu près dans la même proportion chez tous les sujets compris entre dix-huit et quatre-vingts ans.

3° La *couleur* du foie était, comme on a pu le remarquer, très variable ; et la même nuance ne coïncidait pas toujours avec le même volume ou le même degré de consistance de cet organe. Sa couleur était naturelle chez vingt-six sujets, ou à peu près dans la troisième partie des cas ; pâle chez quinze, parmi lesquels s'en trouvaient plusieurs dont le foie n'était pas ramolli ; plus rouge que dans l'état normal chez seize autres, qu'il y eût ou non ramollissement ou augmentation de volume : verdâtre ou pistache, dans toute l'épaisseur de l'organe, dans cinq cas, dont trois étaient, comme il a été dit, des exemples d'emphysème du foie.

4° Cet *emphysème*, qui coïncidait avec un état analogue du tissu cellulaire du cou et des membres, dans une étendue

plus ou moins considérable, était surtout remarquable, ainsi je l'ai observé ailleurs dans un cas analogue (1), en ce que, malgré le très grand nombre de vides qu'il présentait, le foie n'avait pas plus de volume que dans l'état naturel.

Quelque manière de voir qu'on adopte relativement au début de ce phénomène, avant ou après la mort, il ne me semble pas possible de voir sans étonnement qu'une affection nommée jusqu'ici fièvre putride, n'ait pas donné lieu, dans les quarante-six cas dont j'ai fait l'analyse, à un phénomène qui semblerait justifier ce nom; tandis que d'autres maladies, dont la nature ne rappelle pas d'idée de putridité, sembleraient, par le résultat qui vient d'être exposé, avoir assez souvent ce caractère.

5° Le foie offrait encore une dernière lésion qui n'a pas été observée dans le cours de l'affection typhoïde, un état manifestement gras, chez deux sujets morts après trente et cinquante-sept jours de maladie; le premier de péritonite, l'autre d'une affection prise, pendant la vie, pour celle qui fait l'objet spécial de ces recherches, et que je n'ai pu caractériser après la mort (obs. 52). Les sujets de ces deux observations jouissaient d'une bonne santé au moment où ils furent atteints de la maladie qui les amena à l'hôpital; en sorte que le début de la transformation graisseuse était vraisemblablement postérieur à celui de ces affections, qui ne se trouvaient compliquées d'aucune lésion organique des poumons (2).

Si le foie était plus souvent affecté, et surtout plus souvent ramolli, chez les sujets morts d'affection typhoïde que chez

(1) *Recherches sur la phthisie*, pages 120 et 147.

(2) On sait que l'état graisseux du foie ne se rencontre presque que chez les phthisiques, et surtout chez les femmes.

ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës, son ramollissement était, comme nous avons vu, aussi profond chez les uns que chez les autres. Ce qui justifie les remarques que j'ai faites sur le caractère particulier des lésions de la rate dans l'affection typhoïde, où elles sont bien plus fréquentes et bien plus profondes, que dans le cours des autres maladies aiguës.

ARTICLE II.

De la bile et de la vésicule biliaire.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La bile offrait des variétés de couleur et de consistance, la vésicule quelques lésions qui ne sont pas sans intérêt.

La *bile* était rousse, quelquefois verdâtre et très liquide, bien qu'à des degrés différents, chez vingt-cinq sujets; dont

4 sur 10 de la 1re série,
4 sur 7 de la 2e,
10 sur 20 de la 3e,
7 sur 9 de la 4e.

C'est-à-dire que la proportion des cas dans lesquels on observait cette couleur et cette liquidité de la bile, était un peu plus considérable chez les sujets emportés après vingt jours de maladie, que chez ceux qui avaient succombé avant cette époque.

Relativement à la quantité, la bile était deux ou trois fois plus abondante que d'ordinaire chez dix des vingt-cinq sujets dont il s'agit; et plus souvent chez ceux qui avaient succombé du huitième au vingtième jour, que chez ceux qui avaient été emportés plus rd.

Ces qualités de la bile ne coïncidaient pas toujours avec un même état du foie; en sorte que, pour nous en tenir à son ramollissement, elles n'existaient que dans neuf des vingt-deux cas dont il s'agit, dans la même proportion chez les sujets dont la bile était très abondante et chez ceux qui l'offraient en beaucoup moindre quantité.

Chez d'autres, la bile avait des qualités tout opposées à celles dont il vient d'être question; elle était plus ou moins épaisse, ou visqueuse, ou noirâtre, ou couleur acajou, ou marmelade d'abricot; et, sous cette couleur, elle avait beaucoup de consistance chez un individu dont le grand lobe du foie était mou et aride (obs. 21). Ce viscère était plus ou moins friable chez les autres sujets.

La bile était à la fois bien liquide, rousse et trouble dans quatre cas où la vésicule m'a semblé parfaitement saine (obs. 7, 13, 17, 19); l'état du foie étant d'ailleurs très varié.

La *vésicule* contenait peu ou point de bile dans trois cas où elle offrait, à sa partie la plus déclive, une matière purulente, jaune, d'une bonne consistance (obs. 1, 11, 28). Sa membrane muqueuse était plus ou moins rouge, épaisse de trois quarts de millimètre, ou environ, chez les mêmes sujets; et, dans le cas où elle a été indiquée, sa fermeté était convenable.

Dans un autre, la vésicule contenait un liquide trouble, grisâtre, peu épais, non évidemment purulent, mais aussi sans la plus légère apparence de bile; et sa muqueuse était saine, à part une légère teinte rose mêlée de gris (obs. 36).

Enfin, dans deux cas, dont l'un est l'objet d'une des précédentes observations, la bile de la vésicule était remplacée par un liquide transparent, aqueux, diaphane, ou couleur d'urine. Dans l'un et dans l'autre la membrane muqueuse de la vésicule était saine. Le conduit cystique était oblitéré

dans le cas où la bile avait l'apparence de l'urine, et seulement comprimé par le développement des glandes lymphatiques qui l'environnaient, dans l'autre.

Il est d'ailleurs à remarquer que les sujets dont la membrane muqueuse de la vésicule était manifestement enflammée, avaient succombé les huitième, vingtième et vingt-huitième jours de l'affection; que celui dont la bile était remplacée par un liquide trouble, grisâtre, non bilieux ni évidemment purulent, mourut après trois semaines de maladie : en sorte que les lésions de la vésicule biliaire avaient suivi la même loi que celles des autres organes qui, pour la plupart, étaient plus souvent et plus profondément altérés dans les cas où le terme fatal était rapproché du début, que dans ceux où il en était éloigné.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Ces sujets offraient les mêmes états de la bile et de la vésicule biliaire que ceux qui avaient succombé à l'affection typhoïde, mais dans des proportions différentes.

Ainsi, la bile était peu colorée, rousse, jaunâtre et très liquide, dans huit cas seulement, parmi lesquels s'en trouvait un où elle était fort abondante. — Le foie était plus ou moins ramolli ou friable chez six des sujets dont il s'agit; en sorte qu'il semblerait que ce double état du foie n'est pas étranger à la couleur claire et à la liquidité de la bile.

La bile était d'une couleur très foncée, visqueuse, très épaisse dans huit autres cas, et, dans l'un d'eux, comme pulpeuse, semblable, pour la consistance, aux matières qu'on rencontre quelquefois dans la portion de l'intestin grêle voisine du cœcum. — Le foie n'était ramolli que dans un de ces cas; ce qui ajoute un nouveau degré de vraisemblance à ce que je disais tout à l'heure.

A deux exceptions près, la bile n'offrait rien de remarquable chez le reste des individus. Ces exceptions étaient relatives, l'une à un sujet mort de ramollissement du cerveau, chez lequel la bile de la vésicule était trouble, sans autre altération sensible, et la vésicule parfaitement saine; l'autre, à un péripneumonique dont la bile était peu abondante et mêlée de pus, les parois de la vésicule étant épaissies et sa muqueuse plus ou moins rouge.

Les altérations de la bile et de la vésicule biliaire étaient donc beaucoup plus fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde, que dans celui des autres maladies aiguës; et il est remarquable que le seul cas d'inflammation de la membrane muqueuse de la vésicule, observé dans ces dernières, est relatif à un péripneumonique; c'est-à-dire à un sujet atteint de l'affection qui est accompagnée du mouvement fébrile le plus remarquable généralement, et dans laquelle les lésions secondaires inflammatoires sont aussi plus fréquentes que dans les autres maladies aiguës, l'affection typhoïde exceptée.

CHAPITRE V.

APPAREIL DE LA SÉCRÉTION DE L'URINE;

REINS, BASSINETS, URETÈRES, VESSIE.

ARTICLE PREMIER.

Des reins.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Les reins étaient presque toujours dans l'état naturel; et quand ils s'en éloignaient, c'était dans un faible degré.

Leur *volume* était un peu plus considérable que de coutume, chez trois sujets morts aux huitième, dix-huitième et vingt-deuxième jours de la maladie (obs. 6, 11, 36). Cette augmentation ne portait que sur un des reins dans un cas où ils étaient ramollis l'un et l'autre, leur substance corticale étant d'un rose pâle, la tubuleuse d'une rouge foncé (obs. 6). Dans les deux autres, à un excès de volume (naturel ou antérieur à la maladie), se joignait une coloration plus foncée que de coutume, de la substance corticale, sans ramollissement.

On pouvait, dans le cas où il y avait à la fois ramollissement et augmentation du volume de l'un des reins, se demander si cette double lésion n'était pas le produit de l'inflammation; mais la question n'était guère proposable pour les deux cas où l'augmentation de volume était peut-être moins réelle qu'apparente, et le ramollissement nul.

La *consistance* des reins était moindre que dans l'état normal chez six sujets, ou la sixième partie de ceux chez lesquels j'en ai pris note. — Quatre d'entre eux avaient succombé du huitième au quinzième jour de l'affection; le cinquième, au dix-huitième; le sixième, au trente-neuvième. — Il n'y avait d'engorgement sanguin que chez l'un d'eux, et à un médiocre degré. La couleur des reins était plus ou moins rouge, violacée dans les autres cas; soit dans toute leur épaisseur, soit dans les cônes tubuleux seulement. Elle était entremêlée de points jaunes, qui paraissaient le résultat de l'inflammation de l'un des reins, chez un des sujets dont le bassinet correspondant contenait une grande quantité de pus (obs. 15).

La *couleur* des reins était plus foncée que dans l'état normal, sur dix-sept des quarante-deux sujets chez lesquels je l'ai étudiée, ordinairement d'un rouge violet; et cette

coloration, qui affectait tantôt les cônes tubuleux, tantôt la substance corticale, envahissait quelquefois tout l'organe.

La couleur rouge violet était un peu plus fréquente chez les sujets morts du huitième au quinzième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient succombé après cette époque, surtout après le trentième jour; tandis que de cinq cas dans lesquels les reins étaient plus ou moins pâles, aucun n'est relatif aux sujets emportés dans la première période de la maladie.

Le ramollissement et l'altération de la couleur des reins étaient donc, comme ceux de la plupart des autres viscères, plus fréquents chez les sujets qui avaient succombé rapidement, que chez ceux qui se trouvaient dans des circonstances opposées.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Les reins avaient un *volume* plus considérable que dans l'état naturel, chez six des soixante sujets chez lesquels je l'ai noté avec soin. Cet excès de volume était borné, dans un cas, au rein du côté gauche qui était presque doublé; et comme il ne s'y joignait aucune altération de couleur et de consistance, on peut croire qu'il était congénital. Chez un individu dont les deux reins n'étaient pas moins volumineux, ils étaient fort ramollis, assez friables, et la substance corticale, sur laquelle portait presque entièrement cette double lésion, avait une couleur peu foncée, jaunâtre, sans offrir de trace évidente de pus. Le sujet de cette observation était un péripneumonique mort au dix-huitième jour de l'affection; et c'est le seul de ceux dont il s'agit, dont les reins m'aient paru

réellement enflammés. Hors leur volume, les reins n'offraient rien de remarquable dans les autres cas.

Ils étaient plus ou moins mous chez huit individus, dont quatre les avaient plus rouges que dans l'état normal. Quatre, au contraire, les avaient moins colorés.

Les reins offraient une coloration plus intense que d'ordinaire chez douze sujets, ou la sixième partie de ceux dont il s'agit; et cette couleur, plus rarement livide et bleuâtre que dans l'affection typhoïde, était également fréquente chez les péripneumoniques et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies; de manière que les obstacles mécaniques à la circulation ne paraissent pas y avoir eu beaucoup de part, ceux du moins qui avaient précédé la mort d'un certain nombre de jours; la circulation étant plus ou moins gênée quelque temps avant le terme fatal, quel que soit le genre de mort auquel on succombe.

Au lieu d'offrir une couleur rouge plus ou moins foncée, les reins étaient verdâtres ou d'un gris bleu, chez trois sujets. L'un d'eux avait succombé au douzième jour d'un érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs, et ses reins offraient un véritable *emphysème*. — Les vaisseaux sanguins contenaient une plus ou moins grande quantité de bulles d'air, chez les deux autres (1).

(1) Trois des sujets dont il s'agit offraient encore, à la surface des reins, un plus ou moins grand nombre de saillies transparentes, formées par des kystes séreux, du volume d'un grain de chenevis à celui d'un pois. On trouvait, chez un quatrième, au lieu de ces kystes, de petits corps solides, jaunâtres ou grisâtres, brillants, homogènes, qui existaient à l'extérieur comme à l'intérieur des reins. Les trois premiers sujets avaient plus de cinquante ans, le troisième trente-cinq seulement.

Ces faits ne s'accordent que jusqu'à un certain point avec ce que dit M. Rayer dans son grand travail sur les maladies des reins, qu'il n'y a peut-être pas d'affection générale qui détermine plus fréquemment l'inflammation des reins que l'affection typhoïde (1); car on ne peut pas dire que cette inflammation ait été fréquente chez les sujets dont j'ai recueilli l'histoire. M. Rayer lui-même n'a pas dit à quelle masse de faits appartiennent les cinq cas de néphrite qu'il a cités, de manière qu'on ignore la valeur de l'expression qu'il a employée. En admettant, toutefois, comme il a peut-être voulu le dire lui-même, que la néphrite soit moins rare dans la fièvre typhoïde que dans les autres maladies aiguës, ce fait devient la confirmation de ceux qui ont été exposés jusqu'ici, et desquels il résulte que les lésions secondaires, ordinairement inflammatoires, sont plus fréquentes chez les sujets qui succombent à la fièvre typhoïde, que chez ceux qui sont emportés par toute autre maladie aiguë. Et il ne serait pas nécessaire de recourir à la rétention d'urine, pour expliquer le développement de la lésion qui nous occupe; rétention qui n'a d'ailleurs existé que dans deux des cinq cas cités par M. Rayer. Je ne dis pas toutefois que l'influence de la rétention d'urine, sur le développement de la néphrite, soit imaginaire; je crois seulement que cette influence n'est pas suffisamment démontrée par les faits dont il s'agit.

ARTICLE II.

Des bassinets et des uretères.

La membrane muqueuse des *bassinets* était notablement épaissie, très pointillée de rouge, de manière à paraître

(1) *Traité des maladies des reins*, 2e vol., l. 22.

d'une couleur uniforme à une très petite distance, chez un sujet mort au onzième jour de l'affection typhoïde (obs. 23). La même lésion existait encore chez un autre dont la muqueuse avait une bonne consistance et était baignée par 28 à 30 grammes d'un pus de bonne qualité (obs. 15). — Si l'inflammation de cette membrane était évidente dans ce cas, elle ne l'était guère moins dans l'autre, où je regrette néanmoins de ne pas avoir indiqué la nature du fluide contenu dans les bassinets.

L'*uretère* correspondant au bassinet rempli de pus, était rétréci, n'avait pas donné passage à cette matière dans la vessie, et sa membrane muqueuse était épaisse et rouge comme celle du bassinet. — C'est le seul cas, parmi ceux qui nous occupent, dans lequel les uretères m'aient paru manifestement altérées.

Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës, les bassinets et les uretères ne m'ont rien offert de remarquable.

ARTICLE III.

De la vessie.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Très distendue par l'urine chez la cinquième partie des sujets, la vessie avait un volume ordinaire ou très petit chez les autres.

Sa membrane muqueuse était plus ou moins injectée dans six cas, dont trois relatifs à des sujets morts du vingtième au trentième jour de l'affection ; elle était un peu moins ferme que dans l'état normal, sans trace d'aucune autre lésion, chez deux individus emportés après

vingt-deux et soixante-cinq jours de maladie (obs. 7, 18). Elle offrait une petite ulcération, près du méat urinaire, chez un sujet dont il a déjà été question (obs. 15). Elle était dans l'état naturel chez les autres, c'est-à-dire dans la presque totalité des cas.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

La vessie était considérablement distendue par l'urine dans la neuvième partie des cas dont il s'agit, et très petite, au contraire, dans la septième; au point de n'avoir pas alors un volume supérieur à celui de l'utérus, et de contenir à peine quelques gouttes de liquide. Fait qui ne me semble pas indigne d'intérêt, en ce qu'il indique, ou que la contraction de la vessie a lieu plus ou moins longtemps après le terme fatal, ou que les sécrétions ne se prolongent pas d'une manière sensible, au-delà de la mort générale.

La muqueuse vésicale était injectée dans trois cas, et n'offrait d'épaississement ou de ramollissement chez aucun sujet, même chez une femme morte de métrite puerpérale, dont la vessie contenait une petite quantité de pus.

La tuette vésicale était emphysémateuse chez l'individu dont les reins offraient la même lésion.

Il n'y avait d'ulcération dans aucun cas.

Ainsi, sur cent vingt sujets morts de maladies aiguës de toute espèce, je n'ai rencontré d'*ulcération*, une bien petite ulcération de la membrane muqueuse de la vessie, que dans un cas d'affection typhoïde. Ce fait, malgré son exiguité, s'il m'est permis d'employer cette expression, a son importance, en témoignant, avec ceux qui précèdent, d'une profonde et spéciale prédisposi-

tion à l'ulcération, chez les individus atteints de la maladie qui fait l'objet spécial de ces recherches.

Il est encore bien digne de remarque que la vessie était beaucoup plus souvent distendue par l'urine chez les individus emportés par l'affection typhoïde, que chez ceux qui avaient succombé à toute autre maladie aiguë : ce qu'on s'explique de reste, d'ailleurs, par la fréquence de la rétention d'urine dans le cours de la maladie qui fait l'objet spécial de ces recherches.

CHAPITRE VI.

DU PANCRÉAS ET DES GLANDES SALIVAIRES.

ARTICLE PREMIER.

Du pancréas.

Le pancréas était encore plus souvent que les reins dans l'état naturel, et ses lésions, plus légères que les leurs. Dans le cours de *l'affection typhoïde*, je l'ai trouvé rose ou d'un rouge livide peu intense, chez neuf sujets, dont trois avaient succombé du huitième au quinzième jour de cette affection ; jaune chez un autre, et gris-bleuâtre chez un dernier qui mourut après quarante jours de maladie (obs. 16).

Dans un des cas où il était rouge, le pancréas était manifestement plus volumineux que dans l'état ordinaire. Sa consistance était augmentée dans celui où il avait une couleur jaune.

Il n'offrait aucune altération chez les autres individus.

Ces faits n'offrent sans doute pas beaucoup d'intérêt ; et cependant, le cas dans lequel le pancréas avait une couleur gris-bleuâtre me semble devoir être remarqué, comme étant

le seul de cette espèce, et relatif à un sujet mort au quarante-unième jour de l'affection ; c'est-à-dire à une époque où la couleur plus ou moins bleuâtre est évidemment, pour plusieurs organes, le passage de la couleur rouge à la pâleur qui est naturelle à un grand nombre d'entre eux après la mort. De manière qu'on pourrait croire qu'ici encore cette couleur bleuâtre est une transformation ; que le pancréas avait été rouge à une certaine époque de la maladie. Je ne donne ce mode d'interprétation que comme une conjecture ; mais le fait, de quelque manière qu'on le considère, doit être conservé ; et il augmente la masse de ceux qui établissent que chez les sujets qui succombent à des maladies aiguës, la couleur grise ou bleuâtre des organes naturellement blancs, se rencontre presque uniquement chez les individus qui meurent après un espace de temps plus ou moins considérable, quatre semaines et au-delà.

Le pancréas était plus ou moins rouge dans toute son épaisseur, chez cinq sujets emportés par *d'autres maladies aiguës* ; et très flasque chez l'un d'eux, mort de péripneumonie. Il était volumineux chez un autre qui succomba à la même affection ; plus dur que dans l'état normal chez un homme avancé en âge.

ARTICLE II.

Des glandes salivaires.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Bien que j'aie presque toujours omis de mentionner, dans mes notes, l'état des glandes salivaires, je puis affirmer qu'elles étaient bien rarement le siége de quelque affection dans le cours de la maladie qui nous occupe. Car, comme je

l'ai indiqué plus haut, j'enlevais constamment, à chaque ouverture de cadavre, pour bien voir le pharynx, l'œsophage et le larynx, toutes les parties molles du cou, en rasant la face interne de la mâchoire inférieure; et j'incisais toujours la langue par sa partie moyenne. Si les glandes sous-maxillaires et sublinguales eussent offert quelque altération notable, cette altération ne m'aurait pas plus échappé que celle des parotides dans un cas dont je parlerai tout à l'heure, où je n'avais pas soupçonné, pendant la vie, l'altération trouvée après la mort; et j'en aurais pris note. Je regrette néanmoins beaucoup de n'avoir pas examiné ces organes avec attention, persuadé qu'ils m'auraient fourni quelques faits utiles, qui seraient venus, comme ceux qui passent successivement sous nos yeux, appuyer ou confirmer quelques-uns des corollaires qui précèdent; et j'insiste sur cette lacune, afin qu'elle serve d'avertissement au lecteur, et qu'elle soit un jour remplie par ceux qui s'appliqueront à des recherches analogues aux miennes.

Quoi qu'il en soit, je n'ai observé d'altération des glandes sous-maxillaires et sublinguales dans aucun cas, et, deux fois seulement, j'ai vu la région parotidienne droite ou gauche augmentée de volume; augmentation due à l'inflammation du tissu cellulaire environnant, terminée par suppuration, dans un cas (obs. 17); et, dans l'autre, à la parotide elle-même. Ce cas est relatif à un individu mort au trente-neuvième jour de l'affection, qui éprouva, neuf jours avant sa mort, des douleurs à la région parotidienne, et chez lequel je trouvai la parotide doublée de volume, alternativement jaune et d'un rouge-brun, à l'extérieur comme à l'intérieur; offrant beaucoup de petits foyers d'un pus de bonne qualité qui baignait immédiatement le tissu de la glande plus ou moins rose: tandis que là où il n'y avait pas

de pus, les grains glanduleux étaient séparés par un tissu cellulaire d'un rouge foncé, plus ou moins épais, et beaucoup moins souple que dans l'état normal (obs. 15).

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Les glandes sublinguales avaient subi une violente inflammation dans un cas. L'une des parotides était augmentée de volume, plus ou moins rouge dans son épaisseur, et elle offrait un assez grand nombre de petits foyers de pus chez un péripneumonique, qui mourut au dix-huitième jour de l'affection.

Ainsi, l'inflammation des parotides était également rare chez les sujets emportés par l'affection typhoïde et chez ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës ; et tout ce qu'on peut conclure des faits que nous étudions, c'est que les parotides subissent, à un certain degré, la loi des autres organes, et, comme eux, sont susceptibles d'altérations plus ou moins profondes dans le cours des maladies aiguës, quel qu'en soit le siége. Et si ces faits ne sont pas trompeurs, si je ne dois pas au hasard de n'avoir observé l'inflammation des parotides que sur un des sujets morts d'affection typhoïde, il faudrait en conclure que cette inflammation ne doit pas être mise au nombre des symptômes de cette dernière maladie, et que si on l'y a placée jusqu'ici, c'est sans doute par une suite de l'habitude où l'on est de confier les résultats de l'observation à la mémoire, et de ne retenir alors que les faits les plus saillants, ceux qui font exception, ou sont les plus rares.

Cette conclusion, que je ne considérais, en 1828, que comme provisoire, dans l'attente de nouveaux faits, doit être regardée aujourd'hui comme définitive; car la propor-

tion des cas de parotide, chez les malades dont j'ai recueilli l'histoire depuis dix ans, n'a pas dépassé celle que je viens d'indiquer : et, d'un autre côté, sur trente-trois cas d'affection typhoïde dont la terminaison a été funeste, et qui ont été recueillis par lui, M. Barth n'a trouvé qu'un exemple d'inflammation des parotides.

Terminons par cette dernière remarque, que le pancréas n'ayant offert d'inflammation, du moins évidente, dans aucun cas de fièvre typhoïde ou d'autre maladie aiguës, on peut en conclure qu'il diffère peut-être davantage des glandes salivaires qu'on ne paraît le croire ordinairement.

CHAPITRE VII.

DES ORGANES GÉNITAUX.

ARTICLE PREMIER.

Chez l'homme.

Il n'y eut d'altération appréciable dans la prostate ou dans les vésicules séminales, chez aucun des sujets emportés par l'*affection typhoïde*.

Il en a été de même chez ceux qui avaient succombé à *d'autres maladies aiguës*, si ce n'est dans un cas de péripneumonie, où la prostate était rouge dans l'épaisseur de 4 millimètres et dans tout son pourtour. Cet organe était généralement plus volumineux chez ces derniers sujets que chez ceux qui étaient morts d'affection typhoïde; mais cette différence tenait uniquement à celle de l'âge, les individus atteints de ces dernières maladies étant beaucoup moins âgés, en général, que les autres.

ARTICLE II.

Chez la femme.

Les ovaires étaient plus ou moins rouges à l'intérieur dans la troisième partie des cas de *fièvre typhoïde ;* cas relatifs à des femmes mortes du vingtième au trentième jour de l'affection. La matrice était dans un état analogue chez trois autres qui avaient été emportées après huit, quinze et vingt jours de maladie : et, dans un septième cas, les trompes utérines, élargies d'une manière notable, contenaient une assez grande quantité de mucus rouge.

Ces faibles lésions, assez exactement les mêmes pour les trois organes dont il s'agit, avaient suivi, dans leur développement, une loi analogue à celle des lésions les plus graves. N'y avait-il ici qu'une simple congestion (1)?

La matrice n'était rouge dans toute son épaisseur, chez les femmes mortes d'*autres affections* aigües, que dans un cas de péripneumonie. Et les ovaires ne m'ont présenté aucune lésion qui pût être considérée comme récente, chez les mêmes sujets.

(1) De dix femmes emportées par l'affection typhoïde, dont j'ai examiné les ovaires avec soin, quatre avaient un plus ou moins grand nombre de petits kystes dans l'un de ces organes ; une autre dans les deux : et ces femmes avaient de dix-neuf à vingt ans. Celles qui sont mortes d'autres maladies aiguës étant beaucoup plus âgées, il importe peu de dire ce qu'elles m'ont offert à cet égard, n'ayant dessein, dans cette note, que de signaler une lésion qui peut être une cause fréquente de stérilité, et d'engager ceux qui s'occupent d'anatomie pathologique à constater, avec soin, l'état des ovaires sur le cadavre des jeunes femmes soumises à leur observation, afin d'établir, un jour, sur une grande échelle, la proportion des cas dans lesquels les ovaires sont plus ou moins altérés, de dix-huit à quarante ans.

CHAPITRE VIII.

APPAREIL DE LA CIRCULATION.

ÉTAT DU PÉRICARDE, DU COEUR ET DE L'AORTE.

ARTICLE PREMIER.

Du péricarde.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le péricarde était presque toujours dans l'état naturel. Sept fois seulement j'y ai trouvé un épanchement de quelques cuillerées de sérosité, citrine chez six sujets, sanguinolente chez un septième, qui mourut au vingt-quatrième jour de l'affection et qui n'offrait de semblable épanchement dans aucune autre membrane séreuse (obs. 37). — La durée de l'affection semble n'avoir eu aucune influence sur la faible exhalation de sérosité dont il s'agit, la proportion des cas dans lesquels on l'observait étant à peu près la même dans les divers groupes de sujets.

J'ai noté que la face interne du péricarde avait perdu son aspect brillant et humide, qu'elle offrait une sorte d'aridité, dans un cas. Mais cette apparence existait réellement, j'en ai la certitude, chez un assez grand nombre de sujets.

Aucun d'eux ne m'a offert la moindre trace d'une inflammation récente du péricarde.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Ici l'état du péricarde était différent de celui qui vient d'être indiqué. Outre un léger épanchement de sérosité citrine chez six des soixante-dix sujets chez lesquels on l'a

noté avec soin, de sérosité sanguinolente chez trois autres, le péricarde offrait des traces d'inflammation aiguë, légère ou forte, partielle ou générale, dans huit cas, dont deux relatifs à des sujets morts de ramollissement du cerveau, six à des péripneumoniques. — Cette différence ne peut être attribuée, comme nous le verrons bientôt, à l'état du cœur; et il n'est guère possible de s'en rendre raison que par la proximité de l'organe enflammé, le poumon, dans les six huitièmes des cas. Il convient d'ailleurs de remarquer qu'à l'exception d'un sujet âgé de dix-huit ans, tous ceux dont il s'agit étaient généralement avancés en âge, ayant de cinquante à quatre-vingts ans; ce qui montre une fois de plus que la faiblesse qui vient de l'âge n'est pas moins favorable à l'inflammation que celle qui est due aux maladies, et qu'elle est sans doute une des causes auxquelles il faut attribuer la différence que je signalais tout à l'heure (1).

Trois sujets âgés de soixante à soixante-dix-huit ans offraient des adhérences du péricarde au cœur : et, dans un cas de ramollissement du cerveau, sur lequel je reviendrai bientôt, le péricarde était à la fois distendu par une grande quantité de sérosité sanguinolente et par des gaz.

ARTICLE II.

Du cœur et du sang qui y est contenu.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le cœur était dans l'état normal, avait le volume, la consistance et la couleur qui lui sont naturels, dans la moitié des cas, ou chez vingt-trois sujets; un peu moins fréquemment, proportion gardée, chez ceux qui avaient succombé

(1) Voyez à ce sujet mes *Recherches sur la phthisie*, p. 177.

du huitième au vingtième jour de l'affection, que chez ceux qui étaient morts après cette époque.

Le cœur avait une consistance moindre que dans l'état normal chez vingt-quatre autres sujets. Cette diminution de consistance était peu considérable dans sept cas; et, comme à ce degré, on devrait peut-être ne la considérer que comme une variété de la consistance naturelle, ou, comme on dit, de l'état physiologique, je ferai abstraction des cas dont il s'agit, dans ce qui va suivre; ce qui réduit à dix-sept le nombre des sujets qui doivent nous occuper.

Le ramollissement du cœur existait encore à un degré très médiocre dans deux de ces cas. Mais comme il était borné au côté gauche, on ne pouvait le regarder comme une disposition naturelle, avec d'autant plus de raison qu'il arrive quelquefois, quand le ramollissement est considérable, qu'il l'est encore plus à gauche qu'à droite. Dans les autres cas il était universel, très prononcé, le cœur très flasque, à tel point que chez plusieurs sujets cet organe n'avait pour ainsi dire plus de forme déterminée, prenait toutes celles qu'on lui donnait, et les gardait comme un linge mouillé; son tissu avait alors très peu de cohésion et se laissait déchirer ou pénétrer avec la plus extrême facilité.

En même temps qu'il était ramolli, le cœur était, dans beaucoup de cas, plus ou moins décoloré, d'une teinte pelure d'ognon plus ou moins foncée, ordinairement livide et violacée, à sa surface extérieure comme dans l'épaisseur de son tissu. La face interne des ventricules et des oreillettes était, au contraire, chez les mêmes sujets, d'un rouge violet foncé, qui pénétrait quelquefois au-delà de la membrane qui la tapisse, et paraissait le produit d'une sorte d'imbibition du sang, dont elle avait plus ou moins exactement la couleur.

Ainsi ramolli et décoloré, le cœur n'avait plus, à la surface des incisions pratiquées dans son tissu, l'aspect un peu humide qu'il offre ordinairement : il était aride et mat en quelque sorte, à peu près comme nous l'avons déjà vu pour le foie, dans des circonstances analogues. Son volume n'était pas plus considérable que dans l'état naturel, et il paraissait plus petit dans deux cas (obs. 14, 33) : ce qu'on ne doit pas considérer, à mon avis, comme un effet du ramollissement de l'organe, mais plutôt comme une disposition naturelle qui existait aussi sur d'autres sujets dont le cœur n'offrait rien autre chose de remarquable (obs. 8, 31, 44).

Un autre fait qu'il importe de signaler, c'est que dans presque tous les cas de ramollissement dont il s'agit, les parois des ventricules, celles du gauche surtout, étaient manifestement moins épaisses que dans l'état naturel (souvent 6 millimètres et demi pour le ventricule aortique). Et comme cette diminution d'épaisseur n'avait lieu que dans les cas de ramollissement, il faut admettre, ce me semble, qu'elle tenait à la même cause.

Si ces faits sont insuffisants pour faire connaître la cause du ramollissement du cœur, au moins sont-ils exclusifs de l'une de celles qui président à un grand nombre de lésions, je veux dire l'inflammation. Car comment l'admettre dans un ramollissement aigu, accompagné de l'amincissement, de la décoloration, et d'une sorte d'aridité du tissu qui en est le siége? Une pareille supposition impliquerait véritablement contradiction ; et, comme je l'ai dit pour le ramollissement du foie, si l'on connaissait une cause de lésions opposée à l'inflammation, il serait naturel de lui rapporter le ramollissement qui nous occupe.

D'autres considérations, déjà présentées au sujet de la

rate, viennent encore à l'appui de ces réflexions. Les parois du cœur, plus ou moins ramollies, n'offraient de trace de pus dans aucun cas : dans aucun, il n'y avait inflammation du péricarde ; inflammation qui devrait être assez fréquente dans le ramollissement du cœur, s'il était de nature inflammatoire. Et l'on ne saurait opposer à cette manière de voir les cas de péricardite observés à la suite d'autres maladies aiguës, le ramollissement du cœur n'existant que sur deux des huit sujets qui en étaient l'exemple.

D'ailleurs, la fréquence et la profondeur du ramollissement étaient d'autant plus considérables, que la maladie avait été plus promptement mortelle. Ainsi, le cœur était ramolli chez près de la moitié des individus qui avaient succombé du huitième au vingtième jour de l'affection, chez le tiers de ceux qui avaient été emportés dans la période suivante, et dans une proportion un peu moindre chez ceux qui étaient morts ensuite. En outre, de sept cas dans lesquels le ramollissement était extrême, aucun n'est relatif aux individus emportés après le trentième jour de l'affection ; et on en trouvait

4 chez les 17 sujets des 1er et 2e groupes,
3 chez les 20 du 3e.

En sorte que, quel que fût le degré du ramollissement, la proportion des cas où il avait lieu chez les divers groupes d'individus était à peu près la même ; et ce ramollissement, comme celui du foie et de la rate, était plus profond chez ceux qui avaient succombé rapidement, que chez ceux qui avaient été emportés après le vingtième jour de la maladie ; on ne le rencontrait pas, dans son *maximum*, chez les sujets du quatrième groupe.

Mais si, comme le dit M. Andral dans un mémoire lu à l'Académie royale de médecine en 1830, postérieurement à la publication de mes recherches sur l'affection typhoïde, on met en parallèle l'état du cœur et l'époque de l'année à laquelle les sujets ont succombé, non-seulement on admettra, comme je l'ai dit, que le ramollissement qui nous occupe n'est pas le produit de l'inflammation, mais on aura quelque raison de croire qu'il faut l'attribuer, au moins en partie, à la décomposition cadavérique commençante, favorisée par des circonstances qu'il est difficile d'apprécier. En effet, des dix-sept sujets dont il s'agit, et dont le cœur était plus ou moins ramolli, douze font partie de ceux, au nombre de vingt-deux, qui succombèrent dans les mois les plus chauds de l'année; cinq seulement font partie des vingt-trois sujets qui furent emportés dans la saison froide; et tous les cas, hors deux, dans lesquels le ramollissement a été à son *maximum*, sont relatifs à des sujets qui ont succombé aux mois de juin, juillet et août.

Mais les conséquences qu'il semblerait naturel de tirer de ces faits, sont rendues très problématiques par cet autre fait, savoir : que parmi les sujets dont le cœur était sain, douze font partie de ceux qui succombèrent dans la saison froide, neuf sont du nombre de ceux qui moururent en été; et même l'un de ces derniers fut ouvert quarante-huit heures après la mort. De manière que tout ce qu'on peut conclure des faits, c'est que si l'élévation de la température a, comme on ne saurait en douter, une influence sur le ramollissement du cœur, cette influence est bornée, exige, pour devenir appréciable, des circonstances encore inconnues jusqu'ici, et telles cependant, que quand elles n'existent pas, l'élévation

de la température et un assez long intervalle de temps écoulé depuis la mort, sont insuffisants pour amener le ramollissement de l'organe. Et il devient, par cela même, infiniment probable, comme je l'ai dit à l'occasion du ramollissement du foie, que celui du cœur commence avant la mort, est une lésion, dans le sens ordinaire de ce mot, au moins dans un assez grand nombre de cas, quand surtout le ramollissement est porté à un haut degré.

Un autre fait, qui ne me semble pas moins remarquable que la rapidité du ramollissement du cœur, c'est qu'on ne trouvait de lésion semblable dans aucun autre organe musculaire ; tous les muscles qui président aux mouvements volontaires, conservaient, au milieu du désordre général, la consistance et la couleur qu'ils offrent dans l'état naturel. Nouvelle preuve que l'élévation de la température, et un certain espace de temps écoulé après la mort, ne suffisent pas, à beaucoup près, pour amener le ramollissement du cœur; nouvel indice que ce ramollissement existe déjà avant le terme fatal, sinon toujours, au moins dans un certain nombre de cas.

Le *sang* contenu dans les cavités du cœur avait des caractères variés, suivant l'état de cet organe. Dans les cas où le cœur avait la consistance qui lui est naturelle, on y trouvait presque toujours, surtout à droite, et quelquefois de ce côté seulement, des concrétions fibrineuses, blanchâtres ou jaunâtres, plus ou moins consistantes. Dans un de ceux où le cœur n'était que légèrement ramolli, une de ces concrétions s'y trouvait encore, mais moins ferme que dans les précédents (obs. 7). Quand le ramollissement était considérable, il n'y avait, dans les ventri-

cules et les oreillettes, que de simples caillots de sang non fibrineux; et, dans son plus haut degré, on ne trouvait ordinairement, au lieu de caillots de sang, que quelques gouttes de ce liquide mêlé de bulles d'air.

Il y avait donc un certain rapport entre l'état du cœur et celui du sang; ce qui semble indiquer que ces états dépendaient, en partie du moins, d'une même cause.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Dans soixante-quinze cas où l'état du cœur a été indiqué avec soin, cet organe offrait d'assez nombreuses variétés de *volume*, et l'épaisseur de ces parois était souvent plus considérable que chez les sujets emportés par l'affection typhoïde : différence qui s'explique par celle des âges; les individus atteints de cette dernière affection étant jeunes, et trente-cinq de ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës ayant de quarante à soixante-dix ans et au-delà (1).

A part les cas, au nombre de neuf, d'hypertrophie d'une ou de plusieurs des cavités du cœur, et dans quelques-uns desquels cet organe avait plus de *consistance* que dans l'état normal, sans être au-dessous dans aucun (2), il était ramolli chez quatorze sujets, et chez

(1) Voyez à ce sujet les belles recherches de M. le docteur Bizot sur le cœur et le système artériel, insérées dans le 1er volume des mémoires de la Société médicale d'observation.

(2) C'est un fait digne de remarque, que dans aucun des cas où les parois du cœur étaient manifestement épaissies, elles n'étaient pas ramollies.

plusieurs à un degré comparable à celui dont il a été question tout à l'heure. C'est-à-dire qu'alors il prenait plus ou moins exactement toutes les formes, se laissait déchirer et pénétrer avec la plus grande facilité, était d'un rouge pâle et livide à l'extérieur et dans son épaisseur, d'un aspect mat et aride à la coupe, les parois des ventricules étant plus ou moins amincies.

Bien que la proportion des cas dont il s'agit fût beaucoup moindre que chez des sujets emportés par l'affection typhoïde, elle était considérable, et les causes du ramollissement du cœur ne sont pas plus faciles à trouver dans ce nouvel ordre de maladies, que dans les premiers. En effet, si, d'une part, des quatorze cas indiqués tout à l'heure, onze étaient relatifs aux sujets, au nombre de trente-sept, qui moururent dans les mois les plus chauds de l'année, tandis que trois sujets faisaient partie des vingt-huit individus qui succombèrent dans la saison froide; si le *maximum* du ramollissement avait presque uniquement lieu chez les sujets morts dans les mois les plus chauds, chez des individus jeunes, qui avaient succombé rapidement, et dont les viscères, n'ayant pas été exténués par la longueur de la maladie, contenaient encore une assez grande quantité de liquide et étaient plus propres, par cette raison, à subir l'influence des causes de la décomposition putride; si ces faits semblent indiquer que le ramollissement du cœur s'était développé sous cette influence: d'autre part, le cœur était sain, avait la consistance qu'il a dans l'état normal, chez dix-huit des sujets qui moururent dans la saison froide, et chez quatorze de ceux qui succombèrent dans les mois chauds de l'année; proportion presque égale, et d'où il semblerait résulter que le ramollissement du cœur est

indépendant de la putréfaction commençante et de l'élévation de la température qui la développe, qu'il existe avant la mort des sujets.

Quant à l'*état du sang*, quoique généralement en rapport avec celui du cœur, il est vrai de dire que dans trois cas de péripneumonie où le ramollissement de cet organe existait à un degré remarquable, il offrait des concrétions fibrineuses dans les cavités droites; que si cette différence entre ces cas et ceux dont il a été question tout à l'heure, peut s'expliquer par celle que présente le sang tiré pendant la vie dans les deux ordres d'affection, elle semble aussi indiquer qu'il n'y a pas entre l'état du sang et celui du cœur une connexion nécessaire, aussi évidente qu'il aurait semblé au premier coup d'œil; que les même causes n'agissent pas toujours avec la même activité sur l'un et sur l'autre. Toutefois je dois faire ici mention spéciale d'un fait très remarquable, et très favorable à l'opinion que les derniers semblent combattre, relatif à une femme morte d'un ramollissement du cerveau. Chez elle, le cœur, extrêmement ramolli et presque vide de sang, était très bombé, par suite du développement de beaucoup de gaz dans son ventricule gauche; le péricarde était à la fois distendu par le même gaz et par une sérosité sanguinolente; et, pendant la vie, le sang parut, comme je le dirai plus tard, véritablement dissous. C'est-à-dire que le cas dans lequel le ramollissement du cœur était le plus considérable, est aussi celui où le sang a semblé le plus profondément altéré, soit pendant la vie, soit après la mort.

ARTICLE III.

De l'aorte.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

L'aorte était dans l'état naturel sur vingt-trois des quarante-deux sujets chez lesquels je l'ai décrite avec soin; c'est-à-dire sans rougeur, sans épaississement, sans lésion organique d'aucune espèce. Chez les autres, elle était d'un rouge plus ou moins vif; soit par taches, ordinairement pâles, répandues dans toute la longueur de l'organe, plus ou moins larges dans six cas; soit d'une manière continue, chez le reste des sujets: et alors sa rougeur était presque toujours intense, s'arrêtait rarement au-dessus de la bifurcation de l'aorte, s'étendait, ordinairement, jusque dans les principales artères, et à une distance quelquefois considérable.

Que sa couleur fût blanche ou rouge, l'aorte contenait une certaine quantité de sang caillé ou liquide.

La rougeur pénétrait plus ou moins profondément sa tunique moyenne, n'était bornée dans aucun cas à sa membrane interne.

Celle-ci, examinée attentivement chez deux individus morts aux huitième et quatorzième jour de l'affection, avait la consistance et la ténuité qui lui sont propres. Elle était un peu ramollie chez un troisième.

Un fait très remarquable, c'est que la rougeur dont il s'agit n'existait, si l'on en excepte cinq cas, que dans ceux où il y avait ramollissement du cœur; encore était-elle peu considérable dans quatre des cas exceptés; tandis qu'elle avait généralement beaucoup d'intensité quand le cœur

était ramolli, et dans la proportion de son ramollissement.

Une conséquence qui découle naturellement de ce fait, c'est que la rougeur de l'aorte ne devait pas être également fréquente, proportion gardée, chez les différents groupes de sujets entre lesquels se partagent mes observations. Je l'ai observée en effet

chez 6	des	10	sujets de la 1re série,
3	des	7	de la 2e,
8	des	20	de la 3e,
1	des	9	de la 4e ;

encore était-elle fort légère, ne consistait-elle qu'en quelques taches d'un rose pâle, chez ce dernier (obs. 16).

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Sans parler des altérations organiques de l'aorte, si fréquentes chez ces sujets, dont un assez grand nombre était avancé en âge, cette artère était rouge chez vingt et un d'entre eux, ou un peu moins de la troisième partie; quatre fois sous forme de taches ordinairement pâles, d'une manière continue dans les autres cas, et à un degré plus ou moins remarquable dans quinze.

Comme chez les sujets qui avaient succombé à l'affection typhoïde, l'aorte, rouge ou pâle, contenait une certaine quantité de sang liquide ou caillé, plus ou moins noirâtre; sa tunique moyenne partageait l'état de sa tunique interne, était rouge, mais à un moindre degré. Examinée avec soin dans cinq cas, où elle était d'un rouge plus ou moins vif, la tunique interne n'offrait aucune altération d'épaisseur et de consistance chez deux sujets; elle était évidemment épaissie, sans avoir perdu de sa fermeté, chez un troisième; un

peu ramollie, et moins adhérente que dans l'état normal à la tunique moyenne, chez les deux autres. Enfin, continue ou par taches plus ou moins larges, la rougeur de l'aorte coïncidait, dans quinze cas, avec un ramollissement plus ou moins marqué du cœur.

La coloration de l'aorte a fait, comme on sait, l'objet spécial des recherches de plusieurs médecins distingués, dans ces derniers temps. Les uns ont considéré sa couleur rouge comme un simple fait d'imbibition qui aurait lieu à la suite des morts violentes, comme après les affections les plus variées : les autres, comme le résultat d'une phlegmasie à laquelle se rattacherait une série de symptômes, ceux de la fièvre dite inflammatoire. Mais les faits qui viennent d'être exposés ne peuvent, ce me semble, se ranger sous aucune de ces deux théories.

Et en effet, si la couleur rouge qui nous occupe n'est qu'une suite de l'imbibition, si elle ne suppose aucune condition spéciale du sang ou de l'aorte antérieure à la mort, pourquoi n'existe-t-elle pas chez tous les sujets dont l'aorte contient du sang? Pourquoi est-elle plus fréquente chez ceux qui succombent rapidement que chez ceux qui sont emportés après un espace de temps plus ou moins considérable? Et, d'un autre côté, si elle est le produit de l'inflammation, comment se fait-il que je n'aie pu apercevoir de différences dans les symptômes que j'ai recueillis, entre les sujets qui me l'ont offerte et ceux qui en étaient exempts? Pourquoi les sujets qui succombent à des maladies chroniques ou aiguës, différentes de l'affection typhoïde, et chez lesquels la rougeur dont il s'agit est fréquente, pourquoi ces sujets n'offrent-ils pas les symptômes de cette derniere affection? Un seul sujet mort phthisique, dans un espace de temps peu considérable, m'a offert, dans les derniers temps

de son existence, des symptômes assez semblables à ceux de la fièvre continue inflammatoire ou putride ; et à l'ouverture de son corps, j'ai trouvé l'aorte saine (1).

On dira peut-être que les faits négatifs ne prouvent pas contre les faits positifs, que ceux que j'ai recueillis ne peuvent rien contre les faits recueillis par d'autres. Mais l'objection est moins embarrassante qu'on ne serait tenté de le croire. Car si le médecin dont je cherche plus particulièrement à apprécier l'opinion, avait conclu d'après des observations un peu incomplètes, dans lesquelles on aurait omis la description des artères dans des cas désignés sous le nom de fièvre putride, ou laissé quelque chose à désirer dans la description de l'appareil digestif, dans des affections dites fièvres inflammatoires ; on sent que ses conclusions, quoique rigoureuses, pourraient bien ne pas être justes ; et c'est, si je ne me trompe, ce qui a eu lieu : en sorte que les objections faites tout à l'heure conservent toute leur force. On pourrait prétendre, il est vrai, à raison du manque de symptômes spéciaux, que la rougeur dont il s'agit est le résultat d'une inflammation consécutive, développée dans les derniers jours de l'existence, comme cela a lieu pour tant d'autres lésions. Mais cette dernière hypothèse n'est pas facile à prouver. On dira peut-être, à la vérité, que quelques-uns des faits qui viennent d'être exposés y sont favorables, puisque chez un certain nombre de sujets dont l'aorte était rouge, j'ai trouvé sa membrane interne ou épaissie sans ramollissement, ou ramollie avec ou sans épaississement, et facile à détacher de la tunique moyenne ; caractères qui conviennent beaucoup aux membranes enflammées. A cela je ré-

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 197.

pondrai que le ramollissement peut provenir et provient en effet assez souvent d'une cause étrangère à l'inflammation; qu'à supposer qu'il en ait été de même dans quelques-uns des cas dont il s'agit, pour l'aorte, supposition qu'on ne peut pas même se dispenser de faire, l'épaississement de sa membrane interne ne prouve plus rien, puisqu'il pourrait être attribué, jusqu'à un certain point, à l'imbibition qui est réelle dans tous ces cas, comme on va le voir tout à l'heure; qu'ainsi rien ne démontre que l'épaississement et le ramollissement dont il s'agit soient l'effet de l'inflammation.

Ne pouvant mettre en doute l'exactitude des observations que j'ai recueillies, ni par conséquent admettre l'une ou l'autre des théories dont il vient d'être question, je crois devoir conclure des faits qui précèdent, que la couleur rouge qui nous occupe est un phénomène d'imbibition tout spécial, qui suppose une altération plus ou moins profonde du sang ou du tissu de l'artère, ou même de l'un et de l'autre, dans un certain nombre de cas.

C'est un phénomène d'imbibition : la couleur rouge, et successivement décroissante, de la tunique moyenne, le prouve. Ce phénomène exige des conditions particulières, soit du sang, soit de l'aorte, puisque celle-ci reste blanche dans la moitié des cas, bien que baignée par une plus ou moins grande quantité de sang liquide. Si la membrane interne de l'aorte, sauf la couleur, reste dans ses conditions naturelles, il est à présumer que la cause de la rougeur est une altération quelconque du sang, qui lui fait céder sa matière colorante; si au contraire cette membrane est plus ou moins ramollie, avec ou sans épaississement, il est probable qu'elle est une des causes du phénomène soit exclusivement, soit simultanément avec une certaine altération

du sang; altération qu'il n'est pas possible de révoquer en doute dans la plupart des cas de cette espèce, d'après ce qui a été rapporté plus haut, et qui n'a lieu que chez un petit nombre de sujets quand l'artère est parfaitement saine.

L'analogie confirme cette manière de voir; car la bile ne colore pas toujours en jaune, à beaucoup près, les tissus avec lesquels elle est en contact; en sorte qu'on ne trouve quelquefois dans toute l'étendue de l'estomac, par exemple, qu'une tache jaune. Et comment concevoir ces faits, à moins d'admettre que cette coloration exige une altération plus ou moins profonde du tissu baigné par la bile, ou de la bile elle-même?

Mais la coloration de l'aorte étant un phénomène d'imbibition, a-t-elle lieu avant ou après la mort? Comme on voit quelquefois des sugillations occuper quelques points de la partie antérieure du tronc ou des membres, un ou deux jours avant la mort, on peut croire aussi que, chez un certain nombre de sujets, l'imbibition dont il s'agit commence un peu avant le terme fatal. Mais on ne saurait douter qu'il en soit tout autrement dans la grande majorité des cas, que l'imbibition, quand elle commence pendant la vie, ne soit alors très peu considérable; et il faut conclure des rapports de coïncidence observés entre la rougeur de l'aorte et le ramollissement du cœur, que la décomposition cadavérique est très probablement pour quelque chose dans la production de ce phénomène, malgré les faits, en apparence contradictoires, que j'ai exposés sur ce point.

CHAPITRE IX.

APPAREIL DE LA RESPIRATION.

ÉPIGLOTTE, GLOTTE, LARYNX, TRACHÉE-ARTÈRE, POUMONS ET PLÈVRES.

ARTICLE PREMIER.

De l'épiglotte.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

L'épiglotte, dont l'étude est presque toujours négligée, est néanmoins aussi digne d'attention que la plupart des organes que nous avons examinés jusqu'ici; et, sous quelques rapports, elle en mérite peut-être davantage.

Dans deux cas où une fausse membrane, développée sur le pharynx, s'était propagée plus ou moins promptement ensuite au larynx, l'épiglotte en était enveloppée, et son tissu était épaissi (obs. 20, 31). Elle offrait, dans un troisième cas, une tache rouge, non ulcérée, à sa face inférieure (obs. 22); et, dans sept autres, je l'ai trouvée plus ou moins épaissie, rouge à son pourtour, et détruite, dans toute son épaisseur, soit à son sommet, soit latéralement, de l'un ou de l'autre côté, le plus ordinairement de tous les deux à la fois, dans une hauteur de 4 à 7 millimètres, une largeur moindre de moitié; de manière que le fibro-cartilage n'était pas seulement à nu, mais avait subi, comme la membrane muqueuse, une véritable destruction. Cette membrane, un peu plus épaissie dans ce point qu'ailleurs, était décollée, dans quelques cas, dans la largeur de 2 millimètres.

Cette destruction partielle coïncidait avec des ulcérations

au pharynx chez trois sujets (obs. 24, 32, 45), dont deux offraient la même lésion dans l'œsophage (obs. 32), et le troisième dans l'estomac. Je vais faire connaître ce dernier fait (1).

XXIVe OBSERVATION.

Douleur de ventre, anorexie, soif au début ; diarrhée considérable au quinzième jour ; délire violent au vingt-deuxième ; mort au *vingt-cinquième jour*. — Glandes cervicales volumineuses et rouges ; ulcérations au pharynx, destruction partielle de l'épiglotte ; grand nombre de plaques elliptiques de l'iléum rouges, volumineuses, ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes rouges, ramollies, volumineuses ; ulcérations gastriques, etc., etc.

Un maçon, âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'une santé habituellement bonne, fut admis à l'hôpital de la Charité le 15 août 1826. A Paris depuis six mois, il accusait vingt-deux jours de maladie, et était au lit depuis quinze. L'affection avait débuté par des douleurs de ventre, l'anorexie et la soif; la diarrhée s'y était jointe à l'expiration des deux premières semaines, et, dès ce moment, le malade avait eu de douze à quinze selles en vingt-quatre heures. — On lui avait appliqué, à deux reprises, des sangsues à l'épigastre.

Il paraissait jouir de toute sa raison au moment où il fut admis à l'hôpital ; mais il eut un délire violent, poussa des cris, se promena en chemise, la nuit suivante, et l'on fut obligé de lui mettre le gilet de force.

(1) On trouve quelquefois sur les cadavres la forme de l'épiglotte altérée à son extrémité supérieure, carrée et non arrondie comme dans l'état naturel : et peut-être cette disposition, qui pourrait paraître congénitale au premier coup-d'œil, n'est-elle que la suite de la destruction de cette partie de l'épiglotte, chez des sujets qui ont été atteints d'affection typhoïde.

Le 16, la figure était assez éveillée, les réponses promptes et justes sur beaucoup d'objets, en sorte que le peu de détails qui précèdent, et qui me furent donnés par le malade, étaient conformes à ce qui avait été dit par ses parents. Mais, sous d'autres rapports, le délire était complet; le sujet se croyait chez son maître maçon, et ce ne fut pas sans peine qu'on lui fit comprendre qu'il était dans un hôpital: il avait un peu de céphalalgie, vacillait sur ses jambes, avait la langue rouge et sèche, croûteuse au centre, une soif assez vive, la déglutition facile, le ventre météorisé, souple dans toute son étendue, indolent, avec quelques taches roses lenticulaires; il avait eu trois selles brunâtres; son pouls était tremblotant, régulier, à quatre-vingt-dix-neuf; sa respiration médiocrement accélérée, le bruit respiratoire mêlé d'un râle muqueux ou sonore très abondant. *(Org. miellé* bis; *riz, sirop. tart.; vésic. aux jambes.)*

Peu après la visite, délire bruyant, loquacité, cris, obligation de remettre le gilet de force.

Dans la journée, selles involontaires, persistance du délire. Le 17, au moment de la visite, ce délire roulait depuis plusieurs heures sur un même sujet; le malade ne parlait que de voleurs qu'il voyait ici, là, etc., etc.; son pouls était extrêmement petit, vacillant, à cent quarante.

Le délire continua, fut un peu moindre dans la journée que dans la précédente, et le malade, quittant son lit à tout moment, y fut maintenu, sans interruption, avec le gilet de force. Le 18, il faisait de continuels efforts pour se détacher, les sclérotiques étaient un peu injectées, la langue et les dents noirâtres et un peu encroûtées; le pouls à cent soixante, les battements du cœur confus, et il était impossible de les compter, à raison du bruit respiratoire.

Le malade mourut le même jour, à huit heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Nulles vergetures aux parties latérales et antérieures du corps ; raideur cadavérique médiocre ; refroidissement complet.

Tête. Veines cérébrales supérieures très légèrement distendues par le sang. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable, bornée aux espaces compris entre les circonvolutions; une cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux ; deux et demie dans les fosses occipitales inférieures. Pie-mère légèrement injectée : substance corticale d'un rose tendre, la médullaire médiocrement sablée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance.

Cou. Glandes cervicales volumineuses, rouges, non ramollies, pharynx d'un rouge un peu foncé, offrant à droite, au-dessous de l'amygdale, une ulcération irrégulière, de 27 millimètres de haut sur 13 de large, formée par la destruction de la membrane muqueuse correspondante. L'épiglotte était épaissie, plus ou moins rouge et détruite sur les côtés, dans la largeur de 2 millimètres environ, et dans une hauteur à peu près triple ; de telle sorte que son fibrocartilage et sa membrane muqueuse étaient coupés net. Le larynx était dans l'état naturel, et la trachée-artère, d'un rouge vif dans sa moitié inférieure.

Poitrine. Le cœur était d'un volume médiocre, presque aussi ferme que dans l'état normal, ne contenait que quelques gouttes de sang. L'aorte était parfaitement saine, à part une légère teinte rose dans sa première moitié, qui disparut après quelques minutes de macération. — Quelques adhérences celluleuses avaient lieu entre le poumon gauche

et la plèvre correspondante. On trouva 150 grammes de sérosité sanguinolente dans celle-ci et dans celle du côté opposé. Les poumons avaient, inférieurement surtout, en arrière et sur les côtés, une couleur rouge-foncé, noirâtre, qui se prolongeait, dans l'épaisseur de 25 millimètres environ, à l'intérieur. Les incisions faites dans cette partie se couvraient d'une lame mince de liquide rouge, non aéré; la pression n'en extrayait qu'une petite quantité du même liquide; le tissu pulmonaire n'était grenu dans aucun point, et il résistait davantage à la traction que dans l'état naturel. Ailleurs les poumons étaient mous, d'un rouge-clair, sans engouement. Le droit offrait, en outre, dans la largeur de 100 millimètres environ, un emphysème interlobulaire, très prononcé à sa partie antérieure, et principalement vis-à-vis les adhérences, où les lobules étaient séparés les uns des autres par des espaces de 6 à 9 millimètres.

Abdomen. L'œsophage était parfaitement sain. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait une petite quantité de liquide jaune, trouble, épais. Sa membrane muqueuse était jaunâtre dans le grand cul-de-sac, grisâtre ailleurs, offrait, près du pylore, cinq ulcérations de 2 millimètres ou environ de diamètre, avait une bonne consistance, de manière à donner, par traction, des lambeaux de 11 à 15 millimètres le long de sa grande courbure, un peu plus étendus ailleurs, sauf le grand cul-de-sac. — Le duodénum était grisâtre, et, hors cela, dans l'état naturel. — L'intestin grêle était distendu par des gaz dans son premier cinquième, et il contenait vingt-cinq ascarides lombricoïdes de 120 à 200 millimètres de long. Sa membrane muqueuse était pâle ou très légèrement nuancée de gris dans ses trois premiers quarts, d'une couleur rouge-livide peu foncé, ensuite; mince et ra-

mollie dans toute son étendue, donnant, par traction, des lambeaux de 8 millimètres environ dans son premier tiers, puis successivement moins longs; de manière qu'elle n'avait que la consistance du mucus, ou à peu de chose près, dans le dernier tiers. Les plaques elliptiques étaient très apparentes, piquetées de gris, un peu plus épaisses que dans l'état naturel, dans le second quart de l'intestin; et elles offraient, dans le quart suivant, une altération plus ou moins profonde, une couleur rouge plus ou moins vive, une saillie très marquée, due à l'épaississement de la muqueuse ramollie, qu'on pouvait encore néanmoins enlever par traction, et surtout au tissu cellulaire correspondant, rouge et grisâtre, ferme, non infiltré. Dans le dernier quart, les plaques elliptiques, au nombre de vingt, toutes plus ou moins largement ulcérées, se rapprochaient, en augmentant de largeur, jusque près du cœcum, où cinq d'entre elles, plus profondément ulcérées que les autres, offraient la tunique musculaire à nu, sans altération appréciable d'ailleurs. La membrane muqueuse seule était largement détruite sur les autres, dont quelques-unes seulement offraient une destruction commençante, bien rarement complète, du tissu cellulaire sous-muqueux, dans une petite largeur. Ce tissu avait 2 millimètres, ou environ, d'épaisseur; une teinte jaunâtre due à la bile, là où il y avait commencement de destruction; une couleur rouge clair partout ailleurs, et, dans plusieurs points, une certaine friabilité; soit là où il était à nu, soit là où il était encore recouvert par la muqueuse incomplétement détruite. Entre les plaques elliptiques s'en trouvaient d'autres d'une forme irrégulière, beaucoup moins considérables, de 8 à 10 millimètres dans leurs plus grandes dimensions, aplaties, épaisses d'un millimètre,

de même structure que les plaques elliptiques non ulcérées. On voyait encore quelques cryptes solitaires, aplaties, blanchâtres, dans le dernier mètre de l'iléum. — Le gros intestin était météorisé, contenait une médiocre quantité de matières fécales pultacées. Sa membrane muqueuse était rougeâtre et bleuâtre dans le cœcum, pâle et grisâtre ensuite. Ramollie dans le premier point, de manière à ne pouvoir donner de lambeaux par traction, elle en donnait de 4 à 6 millimètres dans la moitié suivante, puis de 26 à 32; elle avait une épaisseur convenable, sans cryptes ni ulcérations. — Les glandes mésentériques étaient pâles et d'un médiocre volume, dans la première moitié du mésentère; puis plus ou moins rouges, ramollies et volumineuses, surtout près du cœcum où elles avaient la grosseur d'une aveline. L'une d'elles offrait en outre un petit foyer de pus. — Le foie était pâle, mollasse; sa cohésion et son volume étaient naturels : la bile vésiculaire était jaunâtre, trouble, peu épaisse, en petite quantité. — La rate était obliquement située pour s'accommoder à la forme du diaphragme, de 180 millimètres de haut sur une largeur proportionnée; plus ferme, plus difficile à pénétrer que dans l'état normal; ce qui provenait de l'augmentation d'épaisseur, de consistance et de largeur du tissu filamenteux qui entre dans sa composition; car le scalpel, promené sur les incisions qui y avaient été pratiquées, se couvrait d'une matière pultacée beaucoup plus aisément que dans l'état naturel. — Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

S'il est des cas où les ulcérations des membranes muqueuses sont encore plus nombreuses, celui-ci est néanmoins un exemple fort remarquable de la tendance de la nature à ce genre de lésion dans l'affection typhoïde : car,

outre les larges et profondes ulcérations de l'intestin grêle, on en trouvait dans l'estomac et au pharynx. — L'état de l'épiglotte était remarquable, ici comme dans les autres faits du même genre, en ce que la destruction ne portait pas seulement sur sa membrane muqueuse, mais aussi sur son fibro-cartilage qu'un mode de vitalité bien différent devrait, ce semble, soumettre à un mode de destruction beaucoup plus lent. D'ailleurs, comme cela est ordinaire dans le cours de l'affection typhoïde, aucun symptôme n'annonça cette lésion, qui, comme je le dirai plus tard, ne se développe probablement qu'à une distance éloignée du début, et, sans doute assez souvent, dans le cours du délire.

Je ne m'arêterai à l'ulcération du pharynx, placée au-dessous de l'une des amygdales, que pour remarquer que des ulcérations de ce genre ne sont pas très rares chez les sujets qui guérissent (1), et qu'à raison de leur coïncidence avec la destruction partielle de l'épiglotte dans un certain nombre de cas, on doit penser que cette destruction a lieu chez plusieurs de ceux dont l'issue de la maladie a été heureuse. Ce qui rendrait compte, comme je l'ai dit en note, à la page 313, de la forme carrée de l'épiglotte, sur certains sujets dont cet organe n'offre pas, d'ailleurs, d'autre lésion.

Celles de l'intestin grêle n'offraient rien que nous n'ayons remarqué antérieurement, avaient suivi leur marche habituelle, les plaques elliptiques étant plus larges, plus profondément ulcérées près du cœcum que partout ailleurs. Le ra-

(1) J'ai rencontré ces ulcérations chez la quinzième partie des sujets atteints d'une affection typhoïde grave, dont j'ai examiné l'arrière-bouche.

mollissement de la membrane muqueuse du colon était moins étendu et moins grave que celui de la muqueuse de l'intestin grêle; il n'y avait d'ulcérations intestinales que dans ce dernier: en sorte qu'il serait difficile de douter que l'altération des plaques elliptiques n'eût été la seule cause, au moins parmi celles qui sont appréciables, de la diarrhée à son début. Il est à remarquer d'ailleurs que les premiers symptômes indiquaient le canal intestinal comme le siége de l'affection.

Comme les ulcérations du pharynx et de l'œsophage, la destruction de l'épiglotte n'avait lieu que chez les sujets morts au-delà du quinzième jour de l'affection. Les exemples en étaient distribués ainsi qu'il suit :

2 sur 7 sujets de la 2e série,
4 sur 20 de la 3e,
1 sur 8 de la 4e,

En sorte que cette lésion, comme la plupart de celles que j'ai décrites jusqu'ici, était beaucoup moins fréquente chez les individus dont la maladie avait traîné en longueur, que dans les cas où son issue avait été plus ou moins promptement funeste.

Enfin, dans un cas où l'épiglotte ne présentait aucune altération, chez un sujet mort au vingt-septième jour de l'affection, ses ligaments étaient épais de 2 millimètres (obs. 19).

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

L'épiglotte s'écartait bien rarement de son état naturel chez les sujets emportés par d'autres maladies aiguës. Trois fois seulement je l'ai trouvée plus ou moins rouge et épais-

sie à son pourtour, chez des individus morts de variole, de rougeole et de péripneumonie. — Une fausse membrane extrêmement molle la recouvrait chez un sujet qui fut emporté par cette dernière affection. — Dans un autre cas du même genre, un des bords de son fibro-cartilage était mis à découvert dans une hauteur de 9 millimètres, sans destruction, du moins appréciable ; et la membrane muqueuse correspondante, qui était décollée dans la largeur de 2 millimètres environ, un peu rouge et épaissie dans ce point surtout, paraissait d'ailleurs intacte, et n'avoir subi qu'une simple division.

Mais en supposant, contre toute apparence, qu'il y eût réellement ici un commencement de destruction, cette destruction n'en serait pas moins très rare chez les sujets qui succombent à des maladies aiguës autres que l'affection typhoïde ; et la proportion des cas dans lesquels je l'aurais observée chez les uns et chez les autres, à peu près comme un à quatorze ; le nombre des sujets morts des premières affections, étant presque double de celui des individus emportés par la seconde.

Il faut conclure de tout ceci que l'ulcération ou la destruction partielle de l'épiglotte, est un des caractères anatomiques *secondaires* de l'affection typhoïde, ainsi que nous l'avons fait plus haut pour les ulcérations du pharynx et de l'œsophage ; et que cette lésion, si l'on venait à l'observer chez un sujet qui aurait succombé à une maladie aiguë, annoncerait, d'une manière presque certaine, sans aller plus loin, que l'affection est une fièvre typhoïde.

Ce nouveau fait est d'autant plus remarquable, qu'il semblerait, *à priori*, que toutes les lésions du conduit aérien devraient être beaucoup plus communes chez les péripneumoniques, à raison des connexions de ce conduit avec

l'organe primitivement affecté, que chez ceux qui succombent à toute autre maladie.

ARTICLE II.

De la glotte.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La glotte était plus ou moins rétrécie et œdémateuse chez deux sujets, avait environ 4 millimètres d'épaisseur, à son pourtour, chez l'un d'eux (obs. 1), et un peu moins chez l'autre (obs. 31).

Le premier avait succombé au vingtième jour de l'affection, d'une manière brusque et inattendue, sans avoir offert les symptômes de l'œdème de la glotte. L'ouverture de celle-ci était réduite à 4 millimètres environ de diamètre, ou à peu près; son pourtour était ridé comme les doigts qui ont été maintenus dans l'eau un espace de temps plus ou moins considérable, ou comme un tissu préalablement distendu par un liquide, et qui, après l'incomplète disparition de celui-ci, ne serait pas entièrement revenu sur lui-même. Les replis latéraux de la glotte étaient, comme son pourtour, un peu infiltrés.

A part un ramollissement rouge, très circonscrit, de sa membrane muqueuse, le larynx n'offrait rien de remarquable chez ce dernier sujet, dont rien ne pouvait expliquer l'œdème de la glotte. Chez l'autre, une fausse membrane mince et molle s'était développée sur les voies aériennes.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

L'œdème de la glotte existait, à un degré encore un peu inférieur à celui qui vient d'être signalé, dans deux cas de

péripneumonie et de ramollissement du cerveau, chez des sujets emportés au huitième et au neuvième jour de l'affection. Et comme il y avait hépatisation de l'un des poumons dans le cas de ramollissement du cerveau, on pourrait dire, sous le point de vue qui nous occupe, que ces deux cas se rencontraient chez des péripneumoniques.

Ces deux faits, en apparence de peu de valeur, sont néanmoins dignes d'attention, en ce qu'ils font ressortir, d'une manière spéciale, l'importance de la destruction partielle de l'épiglotte dans le cours de l'affection typhoïde, où elle eut lieu sept fois plus souvent que dans la péripneumonie, à supposer que je l'aie observée dans celle-ci : tandis que l'œdème de la glotte à été un peu plus fréquent dans la dernière que dans la première de ces maladies.

Les replis latéraux de l'épiglotte, et non le pourtour de la glotte, étaient ridés dans un cas de péripneumonie.

ARTICLE III.

Du larynx.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La membrane muqueuse du larynx était dans l'état naturel chez presque tous les sujets morts d'affection typhoïde; noirâtre et ramollie dans un fort petit espace, au-dessus des cordes vocales, chez l'un d'eux ; d'un rouge plus ou moins clair ou foncé, recouverte d'une fausse membrane qui tapissait aussi le pharynx, chez trois autres, dont l'un avait offert, à un degré très remarquable, les principaux symptômes du croup (obs. 20). — Ces trois sujets avaient succombé aux quatorzième, seizième et vingt-deuxième jour de l'affection.

Dans un cas où la mort eut lieu après trois semaines de maladie, on trouva une ulcération superficielle de 2 millimètres environ de diamètre, entre les aryténoïdiens (obs. 21); et cette ulcération n'avait pas été accompagnée d'aphonie ou d'altération marquée de la voix.

Si l'un des sujets morts au quatorzième jour de l'affection fut atteint de croup, celui qui était l'exemple unique d'une ulcération au larynx, succomba dans une période plus avancée, au vingt-deuxième jour : en sorte que tous les faits semblent se réunir pour montrer que l'ulcération, à l'opposé des autres lésions, ne se montre qu'à une époque plus ou moins avancée de la maladie.

La rareté des ulcérations du larynx est d'autant plus remarquable, que les ulcérations sont assez fréquentes autour de cet organe, à l'épiglotte, au pharynx et à l'œsophage. J'ajoute que depuis dix années je n'ai pas rencontré les ulcérations du larynx plus fréquemment qu'auparavant; de manière que sur cinquante sujets emportés par l'affection typhoïde, et soumis à mon observation dans ce laps de temps, deux seulement étaient l'exemple de cette lésion, et chez l'un d'eux, il y avait eu aphonie continue ou intermittente, dans les huit derniers jours de l'existence, à partir du vingtième de la maladie. Dans ce cas, l'ulcération comprenait la moitié antérieure de la corde vocale supérieure gauche, et elle formait l'orifice d'une excavation pyramidale de 6 millimètres de profondeur, sur 6 de longueur et 4 de hauteur. Le fond de cette ulcération reposait sur le cartilage aryténoïde, dans un point qui correspond à l'attache du muscle thyro-aryténoïdien. Le bord postérieur du cartilage thyroïde était dénudé dans une surface de 11 millimètres environ, et la dénudation s'étendait jusqu'à l'articulation crico-aryténoïdienne qui n'était pas ouverte. Dans ce cas, si re-

marquable par la largeur et la profondeur de l'ulcération, le parenchyme pulmonaire n'offrait pas trace de tubercules ni d'aucune autre lésion à laquelle on pût rapporter celle dont il s'agit.

Les médecins qui se sont occupés avec le plus de succès de l'étude de l'affection typhoïde, depuis la première édition de mes recherches, n'ont pas rencontré plus souvent que moi les ulcérations du larynx ; de manière que la rareté de cette lésion, dans cette maladie, doit être considérée aujourd'hui comme parfaitement établie.

M. Chomel a trouvé un abcès phlegmoneux, peu étendu, dans le larynx du sujet de sa 24e observation.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Le larynx offrait chez ces sujets les mêmes lésions que dans les cas d'affection typhoïde; il n'y avait de différence que dans la proportion et dans le degré ; mais cette dernière était considérable. Ainsi, chez trois individus, dont deux morts de péripneumonie et l'autre de variole, le larynx n'offrait que des traces de fausses membranes ; c'est-à-dire qu'il n'était pas tapissé, dans toute son étendue, à beaucoup près, par cette production, qui ne se continuait ni au-dessus ni au-dessous de lui. Il y avait, dans un quatrième cas, une sorte de mucus étendu en membrane, à la partie inférieure du larynx et supérieure de la trachée-artère.

Ces faits, de si peu d'importance qu'ils soient en apparence, indiquent d'une manière certaine l'influence de la péripneumonie sur les lésions du larynx ; et le suivant en est une nouvelle preuve : je veux parler de deux petites ulcérations placées à la base des cartilages aryténoïdes, chez un sujet mort au quinzième jour d'une péripneumonie ;

seul fait de cette espèce que j'aie recueilli, dans les cas dont il s'agit.

ARTICLE IV.

De la trachée-artère.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

D'un rouge pâle ou vif chez un certain nombre de sujets, quelquefois verdâtre ou de la couleur qui lui est naturelle, la membrane muqueuse de la trachée-artère conservait la consistance et l'épaisseur qui lui sont propres, dans tous les cas, si j'en excepte un dans lequel je l'ai trouvée épaissie au-dessous du larynx, dans une petite étendue.— Elle n'offrait rien de remarquable dans deux autres où elle était tapissée, dans une partie de sa longueur, par une fausse membrane. Et dans aucun je n'y ai trouvé la plus petite ulcération.

Le non ramollissement de la membrane muqueuse de la trachée-artère, même dans les cas où cette membrane étant verdâtre doit être considérée comme ayant subi un commencement de décomposition cadavérique, ce non ramollissement est digne de remarque, comme la preuve la plus nette que le ramollissement quand il est simple, quand on ne saurait le considérer comme le produit d'une inflammation ou d'une action organique évidente, quelle qu'elle soit, ne doit pas être rapporté trop aisément à un commencement de putréfaction; qu'en attribuant à celle-ci une certaine influence sur la consistance de nos tissus, telle que nous la trouvons vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, cette influence exige des conditions particulières de l'organe ra-

molli, sans lesquelles le ramollissement n'a pas lieu.

Du reste, depuis dix ans comme auparavant, je n'ai observé aucun exemple d'ulcération de la trachée-artère dans le cours de l'affection typhoïde.

La rougeur de la membrane muqueuse de la trachée-artère n'étant accompagnée ni de ramollissement ni d'épaississement, doit être considérée, ce me semble, au moins dans la presque totalité des cas, comme le produit d'une simple congestion, ou d'un mouvement inflammatoire peu considérable et sans doute très récent à la mort des sujets. Et cette manière de voir est confirmée par ce qui vient d'être rapporté, que la membrane muqueuse n'a offert d'ulcération chez aucun des sujets dont j'analyse l'histoire; tandis que toutes ou presque toutes les autres membranes muqueuses, plus ou moins fréquemment rouges, épaissies et ramollies, m'ont offert, un certain nombre de fois, des ulcérations, chez les sujets morts d'affection typhoïde.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

A la suite des autres maladies aiguës, au moins chez les péripneumoniques, la membrane muqueuse de la trachée-artère était plus souvent rouge et d'un rouge plus intense que chez les individus emportés par l'affection typhoïde. Mais à part deux cas de péripneumonie, dans lesquels je l'ai trouvée manifestement épaissie dans une partie de son étendue, elle n'offrait qu'une simple altération de couleur. Et dans aucun, à part les cas de variole, je n'y ai trouvé d'ulcération.

ARTICLE V.

Des poumons.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Les poumons, qu'il est si rare de trouver dans l'état naturel, quelle que soit la maladie à laquelle les sujets ont succombé, les poumons offraient quelque altération dans presque tous les cas.

1° Dans deux cas, qu'il ne conviendrait pas de placer avec ceux dont il va être question, les poumons, en conservant leur forme bombée, crépitaient comme le tissu cellulaire qui est devenu emphysémateux. Ils contenaient plus de sang, étaient plus lourds que dans l'état normal, chez un sujet mort au neuvième jour de l'affection (obs. 10); ils étaient légers, plus faciles à déchirer que dans l'état sain, chez l'autre, qui avait succombé après vingt-deux jours de maladie (obs. 7).

2° L'état des poumons que je désignerai avec la plupart des médecins, faute d'un meilleur nom, par le mot splénisation ou carnification, existait dans dix-neuf cas, compliqué avec un peu d'engouement ou d'hépatisation dans sept d'entre eux. Il n'occupait ordinairement que le lobe inférieur de l'un des poumons, quelquefois les deux à la fois; rarement il s'étendait aux lobes supérieurs; il n'envahissait jamais complétement ni l'un ni l'autre; en sorte que la partie antérieure des poumons offrait ordinairement la mollesse et la couleur qui lui sont naturelles, dans les cas où il y avait splénisation.

La partie carnifiée ou splénisée était d'un rouge foncé, bleuâtre; avait perdu la souplesse qui appartient au tissu pulmonaire, était lourde, et gagnait ordinairement le fond de l'eau. Alors elle était entièrement privée d'air, et si l'on

y pratiquait des incisions, le tissu divisé se couvrait d'une lame de liquide rouge, épais, sans la moindre bulle d'air. Ce liquide abstergé, on pouvait, à l'aide d'une pression plus ou moins forte, en reproduire une nouvelle couche, et, après avoir pour ainsi dire épuisé le parenchyme altéré, on n'y découvrait, comme avant, ni la structure des poumons, ni l'aspect grenu qui caractérise le deuxième degré de leur inflammation : le parenchyme conservait encore une couleur rouge assez intense, dans la plupart des cas, était plus résistant que l'état normal, et l'on n'y enfonçait les doigts qu'avec beaucoup de difficultés.

Bien que dans cet état il fût impossible de reconnaître la texture des poumons, cependant leurs vaisseaux étaient encore distincts dans un grand nombre de cas, plus ou moins béants; et c'est surtout alors que les incisions faites au tissu splénisé se couvraient promptement d'une couche plus ou moins épaisse d'un liquide rouge et assez dense.

On voit par combien de points essentiels cette lésion différait de celle qui est la suite de l'inflammation aiguë des poumons : 1° elle était bornée à leur partie postérieure, ordinairement à la plus déclive, et jamais à leur sommet, comme cela est assez fréquent dans l'inflammation du parenchyme pulmonaire : 2° la couleur du poumon splénisé était très différente de celle des poumons engoués ou hépatisés : 3° le tissu qui en était le siége avait presque toujours plus de cohésion que dans l'état normal, en sorte que je ne l'ai trouvé ramolli que dans un seul cas où il contenait encore un peu d'air (obs. 12); ce qui est l'opposé de ce qui a lieu dans l'hépatisation : 4° le liquide fourni par incision ne ressemblait en rien à celui des poumons engoués ou hépatisés : 5° quand il y avait, dans le même organe, des parties splénisées et des parties hépatisées, elles étaient fort distinctes,

ordinairement plus ou moins éloignées les unes des autres; de manière que je n'ai observé quelques points grenus, au milieu d'une portion splénisée, que dans un cas (obs. 3): 6° enfin, chez deux sujets dont le lobe inférieur du poumon droit présentait la lésion qui nous occupe, à un degré assez remarquable, sa surface extérieure était inégale et comme mamelonnée, d'une manière assez régulière; ce que je n'ai jamais observé dans un cas d'inflammation du parenchyme pulmonaire (obs. 26, 32).

J'ai recherché s'il n'y aurait pas quelque rapport entre l'état du cœur et celui des poumons plus ou moins largement splénisés, si la splénisation des uns ne coïnciderait pas avec le ramollissement de l'autre; et je n'ai pas trouvé que cette coïncidence eût lieu plus souvent qu'une coïncidence contraire.

Simple ou compliquée avec l'inflammation partielle du poumon au premier ou au second degré, la splénisation existait,

chez	4 des 10	sujets	de la 1re série,
	2 des 7		de la 2e,
	11 des 20		de la 3e,
	3 des 9		de la 4e.

De manière que, bien que cette altération se trouve à la partie la plus déclive des poumons, il n'est pas possible d'affirmer que la position du corps y ait eu beaucoup de part, les malades dont l'affection a traîné le plus en longueur, l'ayant offerte dans une moindre proportion que ceux qui avaient succombé à une époque moins éloignée du début. Et cette conclusion doit paraître d'autant plus légitime, que la splénisation n'a pas suivi une marche très différente de

celle de la plupart des autres lésions, sur la production desquelles, néanmoins, la position du corps ne paraît avoir aucune influence.

3° L'inflammation du parenchyme pulmonaire, au premier ou au second degré, eut lieu chez dix-sept sujets, dont sept offraient en même temps la lésion qui vient de nous occuper. Elle était presque toujours bornée à une petite partie des poumons.

L'engouement n'occupait un espace considérable dans aucun cas ; il était ordinairement continu, quelquefois disséminé, comme lobulaire (obs. 42). L'hépatisation, qui présentait moins rarement cette disposition, avait assez souvent lieu au sommet des poumons dont elle occupait presque entièrement l'un ou l'autre lobe dans trois cas (obs. 18, 21, 30).

Un fait digne d'attention, en ce qu'il vient à l'appui de ce qui précède sur la différence de la splénisation et de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, c'est que celle-ci était, quant à la fréquence, en raison inverse de la splénisation, existant au premier ou au second degré,

chez	2 des 10	sujets	du 1er groupe,
	2 des 7		du 2e,
	7 des 20		du 3e,
	6 des 9		du 4e.

Et parmi les derniers se trouvaient trois des cas dans lesquels l'hépatisation avait le plus d'étendue.

Un de ces cas offrait cela de remarquable, qu'au milieu de la partie supérieure du poumon droit, hépatisée, se trouvaient environ quinze petits foyers remplis d'un pus de bonne qualité. Des abcès semblables, mais entourés seule-

ment d'une très petite épaisseur de tissu hépatisé, existaient encore dans le même lobe, un peu plus bas (obs. 21). (1).

4° Un autre sujet offrait, au milieu du parenchyme pulmonaire sain, une tumeur de 25 millimètres ou environ de diamètre, formée par un tissu filamenteux qui tenait par un point de sa circonférence au poumon. Au centre de ce tissu se trouvait une matière rougeâtre, comme pulpeuse; le tout environné d'une couche de pus jaunâtre, assez mince, limitée par une fausse membrane de même couleur, appliquée elle-même sur une autre beaucoup plus ferme, grisâtre, d'un quart de millimètre d'épaisseur environ, adhérente au tissu pulmonaire sain. Et, comme je l'ai dit plus haut, la nature de cette tumeur, dans laquelle l'inflammation a néanmoins joué un rôle, n'est pas facile à apprécier dans l'état actuel de la science (obs. 16).

5° J'ai rencontré des granulations demi-transparentes, ordinairement très fines, plus ou moins nombreuses, chez quatre sujets; et chez l'un deux, un tubercule cru au sommet du lobe supérieur droit. — Ces cas sont relatifs à des individus dont le parenchyme pulmonaire était d'ailleurs sain (obs. 17, 34, 43, 44), qui, tous, avaient succombé à une époque plus ou moins avancée de la maladie, du vingt-cinquième au quarante-sixième jour; ce qui doit porter à croire que chez un certain nombre, du moins, les granulations se sont développées postérieurement au début de l'affection, qui en aura été la cause excitante : autrement on ne concevrait pas qu'aucun des sujets morts du huitième au vingtième jour n'en ait présenté la moindre trace. — Il convient d'ailleurs de remarquer qu'à part un des cas dont il

(1) Y a-t-il eu ici une phlébite méconnue?

va être question tout à l'heure, la membrane muqueuse des bronches n'offrait, dans aucun de ceux dont il s'agit, d'altération évidente.

6° Enfin, dans quinze cas, ou près de la troisième partie, les poumons étaient sains, ou leurs altérations étaient légères, peu étendues, consistaient surtout dans un changement de couleur. Celle-ci était le plus ordinairement d'un rouge violet à la partie postérieure des poumons, dans leur lobe inférieur surtout; et elle se présentait sous forme de plaques plus ou moins larges, à l'extérieur, et, à l'intérieur, sous celle de taches arrondies, de quelques millimètres de diamètre, qui tranchaient sur le reste de l'organe, ordinairement plus rouge que dans l'état naturel. Les plaques avaient 13 millimètres, un peu plus ou un peu moins, d'épaisseur; et dans ce point, comme dans ceux où se trouvaient les taches intérieures, le parenchyme pulmonaire était, dans plusieurs cas, un peu plus ferme que dans les parties environnantes, sans cesser néanmoins d'avoir beaucoup de souplesse, sans contenir de sang appréciable autrement que par la couleur. — Chez six des quinze sujets dont il s'agit, il n'y avait pas de taches évidentes, et la couleur des poumons était seulement un peu plus foncée en arrière que dans le reste de leur étendue.

Ces quinze cas étaient répartis de la manière suivante :

4 sur 10	sujets de la	1re série,
3 sur 7	de la	2e,
5 sur 20	de la	3e,
3 sur 9	de la	4e,

C'est-à-dire que les poumons étaient sains ou presque sains chez un peu moins de la moitié des sujets morts du huitième au vingtième jour de l'affection, et chez un peu

plus de la quatrième partie de ceux qui avaient succombé après cette époque.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Chez ces sujets, dont le nombre se trouve réduit à trente-cinq relativement à l'objet qui nous occupe, ceux qui sont morts de péripneumonie ou avec un épanchement pleurétique ne pouvant entrer en ligne de compte, les poumons étaient dans l'état suivant :

1° Ils étaient dans l'état naturel ou à peu près, chez douze d'entre eux, ou un peu moins de la troisième partie. On observait seulement chez quelques-uns et en arrière, une couleur bleuâtre ou rouge-brun, avec laquelle coïncidait un léger excès de consistance et de pesanteur de l'organe dans ce point.

2° Chez deux sujets morts de péritonite et de variole, aux cinquième et seizième jours de ces affections, le parenchyme pulmonaire, sans offrir d'autres altérations apparentes que celles dont il vient d'être question, crépitait dans presque toute son étendue. Dans un autre cas de variole, il avait beaucoup moins de cohésion, se laissait déchirer beaucoup plus facilement que de coutume, bien qu'il n'offrît aucune trace d'inflammation.

3° L'état désigné par le mot splénisation avait lieu chez huit sujets ; ordinairement à un degré moins avancé, dans une étendue moins considérable qu'à la suite de l'affection typhoïde, mais sans autre différence appréciable. Un des cas dont il s'agit est remarquable en ce qu'il est relatif à un homme mort d'une manière inattendue, en quelques heures, dans la convalescence d'une maladie aiguë légère; et que n'éprouvant point d'accidents du côté de

la poitrine, au moment où il fut pris des symptômes formidables au milieu desquels il succomba, il faut en conclure que les plaques splénisées que présentèrent ses poumons, s'étaient développées en fort peu de temps, en quelques heures; qu'ainsi, comme je l'ai remarqué plus haut, la pesanteur n'a probablement qu'une bien petite part au développement de l'altération qui nous occupe. La splénisation avait encore lieu dans un autre cas analogue, mais à un moindre degré.

D'ailleurs, ici comme chez les sujets emportés par l'affection typhoïde, on ne trouvait aucun rapport entre l'état du cœur et celui des poumons : et quand il y avait à la fois hépatisation et splénisation dans le même organe, ces lésions étaient fort distinctes et non mélangées.

4° Simple ou compliquée avec l'état qui précède, l'inflammation du parenchyme pulmonaire avait lieu dans quatorze cas, et, dans huit, au second degré; tantôt au sommet, tantôt à la base des poumons.

Le grand nombre d'exemples d'hépatisation dans des cas où la réaction n'était pas toujours considérable, puisque parmi eux se trouvent des faits d'apoplexie et de ramollissement du cerveau; ce grand nombre d'exemples s'explique par cela seul que la plupart des sujets qui les offrirent furent emportés pendant l'hiver.

5° Et comme si l'analogie devait être complète entre les sujets dont il s'agit et ceux qui furent emportés par l'affection typhoïde, des granulations grises demi-transparentes, ou des tubercules, existaient dans les poumons de cinq sujets. Un autre offrait des tumeurs inflammatoires semblables à celle qui a été décrite antérieurement.

Ainsi les poumons des individus emportés par l'affec-

tion typhoïde n'offraient aucune lésion particulière, ou qu'on ne rencontre à peu près dans la même proportion chez les sujets qui succombent à toute autre maladie aiguë; et si un médecin moderne a pu dire que dans la fièvre typhoïde la partie postérieure des poumons est le siége d'une pneumonie particulière, que l'on peut considérer comme le caractère anatomique par excellence de cette fièvre, plus constant que les diverses altérations des autres organes, *sans en excepter celles du tube digestif*; si un médecin moderne a pu s'exprimer ainsi, ce ne peut être que pour avoir examiné incomplétement les sujets soumis à son observation, et surtout pour avoir étudié les poumons des malades emportés par la fièvre typhoïde, sans les comparer avec ceux des individus qui ont été victimes d'autres maladies aiguës; *comparaison indispensable pour établir les caractères anatomiques d'une maladie*, et sans laquelle les hommes les plus habiles doivent nécessairement tomber dans des erreurs graves.

ARTICLE VI

Des bronches.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Les bronches offraient, dans un grand nombre de cas, une petite quantité de mucus léger, d'un rouge clair. Cette coloration s'était probablement développée dans les derniers moments de l'existence, puisque les malades n'avaient rien expectoré de semblable quelques jours avant la mort; et, sans doute, à l'époque à laquelle se colore en rouge, dans plusieurs cas, la sérosité des plèvres, ou le mucus des intestins dont il a été question plus

haut. Une seule fois j'ai trouvé le mucus véritablement puriforme dans les dernières ramifications des bronches, chez un sujet dont les poumons offraient un assez grand nombre de granulations miliaires, et dont la muqueuse bronchique était altérée, un peu épaissie dans quelques points. Cette membrane était assez souvent d'un rouge vif chez les autres sujets, surtout près de l'origine des bronches.

La largeur de ces conduits était augmentée dans trois cas; dans la presque universalité de l'un des poumons chez deux sujets (obs. 5, 34), à l'extrémité de quelques-unes de leurs ramifications seulement chez le troisième.

2° *Chez les sujets morts d'autres affections aiguës.*

L'état des bronches ne différait pas sensiblement chez ces sujets de celui qui vient d'être décrit, et dans trois cas elles offraient à leurs extrémités des dilatations partielles. A cette dilatation se trouvait réuni l'épaississement de la muqueuse, dans un cas.

ARTICLE VII.

Des Plèvres.

Adhérences, fausses membranes, épanchement.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

§ 1.

Adhérences et fausses membranes.

Malgré leur jeunesse, les sujets emportés par l'affection typhoïde offraient de nombreux exemples d'adhérences des poumons aux plèvres; en sorte que j'en ai ren-

contré sur dix-neuf des quarante-six individus dont nous étudions l'histoire. Ordinairement bornées à l'un des poumons et à une petite partie de son étendue, à son sommet, à sa base, ou à sa partie postérieure, les adhérences en occupaient toute la surface dans cinq cas; et, dans un sixième, il y avait des adhérences universelles à droite et à gauche. Dans les cas où l'adhérence n'était universelle que d'un côté, elle avait encore lieu du côté opposé, dans une certaine étendue.

Je n'ai trouvé de trace d'inflammation récente des plèvres, que chez deux sujets. L'un, mort au vingt-huitième jour de l'affection, avait une petite partie des poumons splénisée ou engouée, et la plèvre droite revêtue, dans quelques points, de lambeaux d'une fausse membrane molle, sans le moindre épanchement (obs. 39). L'autre offrait, au contraire, un épanchement considérable, et au milieu du liquide flottaient quelques parcelles membraniformes. Il avait succombé au quarante-troisième jour de l'affection.

En rapprochant ce résultat de ceux que j'ai exposés dans mes recherches sur la phthisie, on verra que l'inflammation aiguë des plèvres paraît un peu moins fréquente chez les sujets qui succombent à l'affection typhoïde, que chez ceux qui meurent de maladies chroniques.

§ 2.

Épanchement de liquide dans les plèvres.

Il avait lieu chez dix-neuf sujets, toujours double, si l'on excepte un cas dans lequel l'un des poumons offrait des adhérences celluleuses universelles, et toujours coloré en rouge. Bien que cette coloration fût souvent vive, je n'ai

observé de traces d'un sédiment de même couleur que chez un des sujets dont il s'agit (obs. 12).

La quantité de l'épanchement variait de 90 à 900 grammes, et elle dépassait 500 grammes dans l'une et l'autre plèvre, chez quatre sujets, dont un mort au huitième jour de la maladie (obs. 12), deux aux vingt-unième et vingt-deuxième, le quatrième après quarante-trois jours de souffrance. Au-dessous de cette mesure, l'épanchement était proportionnément plus commun chez les sujets emportés du huitième au vingtième jour de l'affection que chez ceux qui avaient succombé plus tard ; à peu près dans la proportion de quatre à trois.

Quant à la cause de ces épanchements, on sera porté, si l'on se rappelle son extrême rareté dans le péricarde et dans le péritoine, à la chercher, moins dans l'altération du sang, qui était néanmoins fréquente chez les sujets dont il s'agit, que dans l'obstacle apporté à la circulation pulmonaire par la splénisation ou l'inflammation d'une partie du parenchyme du poumon; encore que ces lésions n'existassent pas dans tous les cas d'épanchement, et réciproquement. — L'altération du sang était fréquente, puisque le ramollissement du cœur, avec lequel on la rencontre presque toujours, avait lieu dans quinze des dix-neuf cas dont nous nous occupons.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

L'état des plèvres ne différait qu'assez peu, chez ces individus, de celui qui vient d'être signalé.

1° Les adhérences celluleuses existaient, à divers degrés, dans un grand nombre de cas, ou chez vingt-cinq des trente-six sujets dont la plèvre a été décrite avec soin; c'est à-dire qu'elles étaient plus communes dans ces cas que chez

les malades qui avaient succombé à l'affection typhoïde : ce dont la différence d'âge des individus rend facilement raison. Mais les adhérences universelles n'avaient lieu que dans cinq cas, ou à peu près dans la même proportion que chez ceux qu'avait emportés cette dernière maladie.

Trois sujets affectés de péritonite, de métrite ou de dysenterie, offraient des traces de pleurésie récente, ou quelques lambeaux d'une fausse membrane molle sur l'une ou l'autre plèvre, avec ou sans épanchement de sérosité.

2° Cette dernière lésion existait dans seize cas, presque la moitié de ceux dont il s'agit ; et l'épanchement était rouge chez quatorze sujets, dont la majorité offrait les mêmes altérations du parenchyme pulmonaire et du sang que ceux qui avaient succombé à l'affection typhoïde.

La quantité de l'épanchement ne variait pas moins d'ailleurs que chez ces derniers, et elle dépassait 500 grammes dans quatre cas.

Ainsi, les plèvres étudiées avec soin chez les individus qui ont succombé à l'affection typhoïde, n'offraient, comme les poumons, rien qui pût les distinguer des mêmes organes étudiés avec le même soin chez les individus qui ont succombé à d'autres maladies aiguës, rien d'où l'on puisse conclure un caractère anatomique, même secondaire, de ces affections.

CHAPITRE X.

DE L'ENCÉPHALE.

Presque tous les organes étudiés jusqu'ici, ceux même dont les fonctions n'étaient pas profondément altérées pen-

dant la vie, nous ont offert des lésions plus ou moins graves et multipliées; le cerveau, dont les fonctions étaient profondément troublées dans presque tous les cas d'affection typhoïde, mérite donc toute notre attention. Commençons par l'étude de ses enveloppes.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

ARTICLE PREMIER.

De l'arachnoïde.

Trois sujets offraient deux à trois petites cuillerées de sérosité bien claire dans la partie supérieure de l'arachnoïde. L'épanchement était trouble, sans être plus considérable, dans un quatrième cas, où l'on trouvait quelques flocons albumineux adhérents au feuillet viscéral de l'arachnoïde. Dans un cinquième, une fausse membrane plus molle encore, d'ailleurs semblable, recouvrait la face interne de la dure-mère dans sa portion supérieure.

L'épanchement de sérosité limpide eut lieu chez des individus emportés après le vingtième jour de l'affection; les fausses membranes furent trouvées chez des sujets morts au vingt-deuxième et au soixante-cinquième jour (obs. 17, 25).

Chez les uns et chez les autres, l'arachnoïde n'avait rien perdu de la ténuité et de la diaphanéité qui lui sont propres.

Le dernier fait cité trouve naturellement sa place ici; je vais le faire connaître.

XXVe OBSERVATION.

Frissons, céphalalgie, anorexie, douleurs de ventre au début; diarrhée au troisième jour, et bientôt délire, assoupissement, météorisme, diarrhée considérable et involontaire; mort au *vingt-deuxième jour*.

— Eschare au sacrum ; fausse membrane très molle sur l'arachnoïde cérébrale ; plaques de l'iléum ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes violacées, volumineuses et ramollies, etc.

Un chapelier, âgé de dix-huit ans, d'une taille moyenne, d'une constitution forte, grandissant encore, à Paris depuis un mois, était malade depuis six jours, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 4 décembre 1822.

La maladie avait débuté sans cause connue, dans la soirée, par un frisson bientôt suivi de chaleur, de céphalalgie, de picotements dans les yeux, d'éblouissements, de douleurs à l'épigastre et dans le reste de l'abdomen. Des nausées avaient eu lieu le lendemain matin, et avaient cessé au troisième jour de leur apparition, à la suite d'un émétique qui avait produit plusieurs évacuations de bile par haut et par bas. Les autres symptômes avaient continué ; il y avait eu un peu de toux et deux ou trois selles liquides en vingt-quatre heures, à compter du jour où avait été donné l'émétique.

Le 4 ; physionomie naturelle, attitude convenable, mémoire sûre, intelligence intacte, céphalalgie gravative, picotements aux yeux, sans rougeur ; éblouissements dès que le malade se lève ; douleurs dans les membres, soif vive, langue naturelle, pesanteur à l'épigastre, douleur gravative dans la direction du colon transverse, tout le ventre un peu sensible à la pression et légèrement météorisé, hypochondres souples : chaleur médiocre, sans sueur ; pouls régulier, à quatre-vingt-cinq : toux extrêmement rare, quelques crachats grisâtres et jaunâtres, ou striés de sang : respiration peu accélérée ; pas le moindre râle. (*Orge éd. ; lav. ém.*, bis.)

Le 5 ; légère expression de stupeur, sans altération de l'intelligence ; faiblesse augmentée : langue aride au centre, humide et rouge au pourtour, coliques fréquentes, selles

nombreuses : pouls assez large et développé, tendant au redoublement; chaleur un peu élevée : respiration plus gênée que la veille. (*Quinze sangs. à l'anus; fom. ém. à l'abd.; orge éd.; viol. éd.; pot. gomm.; lav. ém.*)

Du 16 au 9 : cessation des nausées, selles nombreuses, de vingt à trente par jour, ventre indolent, si ce n'est le 9 que le malade sentit quelques douleurs à l'épigastre; langue humide, plus ou moins rouge au pourtour, et grisâtre au centre; pouls un peu redoublé, à soixante-dix-huit le 7, à quatre-vingt-onze le 8, et sans caractère particulier; toux rare, respiration sans râle; physionomie toujours assez naturelle. Des taches roses, lenticulaires, étaient nombreuses, dès le 6, sur l'abdomen et à la partie antérieure de la poitrine surtout.

Il y eut, dans la journée du 9, quelques épistaxis et un léger désordre dans les idées; les selles furent encore assez nombreuses le même jour, et, le lendemain, je trouvai les taches roses de l'abdomen élargies, les lèvres encroûtées, l'état de la langue stationnaire. (*Riz éd. acid. av. l'ac. mur.; pot. gomm.; lav. ém.; deux vésic. aux j.*)

Depuis lors jusqu'au 21, jour de la mort, l'exercice de l'intelligence fut chaque jour plus restreint, l'assoupissement presque continuel et considérable, à compter du 12; le délire fut calme, plus fréquent la nuit que le jour, et, dans la nuit du 16 au 17, le malade eut de l'agitation, essaya, pour la première fois, de sortir du lit; ce qu'il répéta les jours suivants. L'oreille devint dure, et elle l'était le 16 au point que le malade en fit l'observation, malgré l'assoupissement au milieu duquel il se trouvait. La faiblesse fit des progrès assez rapides, et, le 15, on aperçut une eschare au sacrum. L'eschare avait 70 millimètres de large le 18, et dès lors la figure devint tous les jours plus pâle. — La langue,

sèche et encroûtée le 13, offrit toujours le même aspect dans la suite. Les selles, nombreuses et quelquefois involontaires dans la journée du 12, eurent presque toujours ce dernier caractère et furent moins fréquentes après le 15. Le ventre fut un peu météorisé et douloureux le 15 : — le pouls battit de quatre-vingt-dix à cent fois par minute du 10 au 17, il s'éleva à cent deux ensuite; la chaleur fut médiocre, il n'y eut pas de sueurs. — La toux fut rare; il y eut toujours un peu de râle sec et sonore, à droite principalement.

Le 21, à huit heures du matin : affaissement extrême des traits, pupilles médiocrement larges, somnolence. A onze heures : figure cramoisie, agitation de la tête à droite et à gauche. Mort à trois heures de l'après-midi.

On continua la décoction d'eau de riz acidulée avec l'acide muriatique; un vésicatoire fut prescrit, le 14, à la poitrine. Le 16, on ordonna l'infusion froide de kk., outre la tisane ordinaire et un lavement de camomille; le 18, 6 grammes d'extrait de kk. dans une potion gommeuse, et un lavement de kk. camphré.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-SEPT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement assez considérable. Point de vergetures antérieurement ni sur les côtés.

Tête. Deux petites cuillerées de sérosité trouble dans la cavité de l'arachnoïde supérieure; flocons albumineux, jaunâtres, de part et d'autre de la faux, dans la région occipitale de la même cavité. Au-dessous de ces flocons albumineux, comme dans le reste de son étendue, l'arachnoïde était lisse et polie, mince, non injectée, dans l'état naturel. — Une petite cuillerée de sérosité existait dans chacun des ventricules latéraux. La substance médullaire était normale.

Poitrine. Il n'y avait pas de sérosité dans les plèvres. Les poumons étaient libres ; le gauche un peu rouge, avec une plus grande quantité de sang qu'à l'ordinaire ; le droit était légèrement engoué à son sommet, violacé dans ses deux tiers inférieurs, en arrière et à l'intérieur où il offrait des taches noirâtres sur un fond rouge, comme splénisées. Il était sain à sa partie antérieure. — Le péricarde et le cœur étaient dans l'état naturel.

Abdomen. L'estomac était d'un petit volume, caché dans l'hypochondre gauche, contenait une petite quantité d'un liquide grisâtre et brunâtre. Sa membrane muqueuse avait à peu près sa couleur naturelle dans le grand cul-de-sac, offrait une nuance rose, interrompue par des taches d'un rouge plus ou moins foncé, dans sa région pylorique où elle était enduite d'une médiocre quantité de mucus, et d'ailleurs saine. — Le duodénum était dans l'état normal. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus. Sa membrane interne était généralement blanche, d'un jaune orange près du duodénum, d'une bonne consistance dans toute sa longueur, même entre les plaques elliptiques plus ou moins altérées du voisinage du cœcum. Ces plaques, qui occupaient un espace de 8 à 10 décimètres, étaient nombreuses ; les unes ulcérées, les autres non ulcérées. Ces dernières, les plus éloignées du cœcum, étaient rouges, plus ou moins saillantes, formées par la muqueuse ramollie et épaissie, et par le tissu cellulaire sous-muqueux, un peu moins rouge que la muqueuse. Celle-ci était complétement détruite sur les plaques ulcérées, et il en était de même de la tunique cellulaire au milieu de l'une d'entre elles, qui offrait, à nu, les fibres musculaires à peine légèrement altérées. En outre, contre la valvule iléo-cœcale, dans la largeur de 80 millimètres, et dans presque tout le pourtour de l'intes-

tin, la membrane muqueuse était rouge, boursoufflée, par suite du développement des petites plaques qui occupent cette partie, et dont cinq étaient ulcérées; toutes ayant subi la même altération que les plaques elliptiques. — Le gros intestin était météorisé, sa membrane muqueuse un peu épaissie et légèrement ramollie; et l'on voyait, dans toute sa longueur, un assez grand nombre de cryptes aplaties, lenticulaires, légèrement ulcérées, ou offrant un point noir à leur centre. — Les glandes mésentériques étaient violacées, ramollies, très volumineuses près du cœcum; un peu plus grosses que de coutume dans la partie du mésentère correspondante aux plaques non altérées : les autres glandes lymphatiques étaient saines.— Le foie n'offrait rien de remarquable; la bile de la vésicule était médiocrement abondante, d'une belle couleur acajou.— La rate avait une teinte un peu livide, une bonne consistance, et un volume double de celui qui lui est naturel.

Si l'extrême mollesse de la fausse membrane développée sur l'arachnoïde cérébrale, indique, à n'en pouvoir douter, qu'elle était fort récente à la mort du sujet, qu'on ne peut lui rapporter le délire et l'assoupissement éprouvés longtemps avant le terme fatal ; elle n'en a pas moins beaucoup d'importance, en ce qu'il serait difficile, sans elle, de se rendre un compte satisfaisant de la mort du malade, par l'état des organes. A part une légère altération de couleur, la membrane muqueuse de l'estomac était, effectivement, dans l'état naturel; il en était à peu près de même de celle de l'intestin grêle, abstraction faite des plaques elliptiques du dernier mètre de l'iléum : la membrane muqueuse du gros intestin était peu altérée; l'eschare du sacrum ne pouvant pas amener si rapidement le terme fatal; on peut en

dire autant des poumons. Mais ajoutez à ces diverses lésions celle de l'arachnoïde, et la mort s'explique de reste.

L'affection suivit sa marche accoutumée : les premiers symptômes en indiquaient le siége dans le canal intestinal, et l'altération des plaques elliptiques de l'iléum étant la plus grave, la plus profonde de toutes celles qui ont été observées, avait sans doute aussi débuté la première, était plus prononcée près du cœcum que partout ailleurs.— Bien que la diarrhée eût été considérable, la membrane muqueuse du colon n'offrait pas de traces évidentes d'inflammation ; car son épaississement pouvait être considéré comme une suite de la réaction occasionnée par le météorisme ; en sorte que l'altération des plaques de Peyer eut sans doute la plus grande part à l'abondance des évacuations alvines.

L'arachnoïde était plus ou moins louche et opaque à sa partie supérieure, dans quatre cas où il n'y eut pas d'épanchement, dans une étendue de 100 à 130 millimètres carrés environ, chez deux sujets, et dans la totalité de la région indiquée, chez deux autres : elle était en outre manifestement épaissie chez l'un d'eux.— Ces lésions étaient sans doute anciennes, bien antérieures à l'affection typhoïde ; et le cas où il y avait à la fois épaississement et opacité est remarquable, en ce que cette double lésion, ou n'existe pas, ou est extrêmement difficile à constater dans les autres membranes séreuses.

Le tissu cellulaire placé au-dessous de l'arachnoïde était plus ou moins infiltré chez vingt-huit sujets. L'infiltration était assez considérable chez quatre d'entre eux, dont un mort au vingtième jour de l'affection, et les trois autres au-delà du trentième, après une agonie plus ou moins longue.

Ce qui confirme ce que j'ai dit ailleurs (1) de l'influence de l'agonie plus ou moins prolongée sur le degré d'infiltration qui nous occupe (obs. 16, 30, 43). Dans les autres cas, l'infiltration était légère, n'occupait que l'espace compris entre un certain nombre de circonvolutions, et quelquefois entre celles qui correspondent à l'occiput seulement.

Je n'ai observé d'adhérence celluleuse entre les deux feuillets de l'arachnoïde dans aucun cas (2).

(1) *Recherches sur la phthisie.* On pourrait peut-être, il est vrai, soutenir le contraire, et dire que c'est l'infiltration sous arachnoïdienne qui amène l'agonie. Mais la première manière de voir paraîtra la plus vraisemblable, si l'on considère les effets presque nécessaires de l'embarras de la circulation qui accompagne les derniers moments de l'existence.

(2) J'ai examiné avec soin le cerveau de plus de mille sujets, et, à part un cas où elles étaient peu considérables, je n'ai vu d'adhérences celluleuses entre les deux feuillets de l'arachnoïde cérébrale, chez aucun, soit à la surface du cerveau, soit dans ses ventricules. Ce défaut ou cette rareté d'adhérences est un fait très remarquable, en ce qu'il semble indiquer que nous ignorons réellement les signes de l'arachnitis ; puisque tous les jours on parle d'arachnitis guéries, et que s'il en était ainsi, on devrait en retrouver quelquefois des traces à l'ouverture des corps : c'est-à-dire des adhérences plus ou moins étendues entre les feuillets de l'arachnoïde. En sorte qu'il semblerait que nous sommes, relativement à l'arachnitis, dans une erreur opposée à celle où nous nous trouvions, naguère encore, pour la péricardite. Le rapprochement d'un grand nombre de faits a montré que les adhérences celluleuses du péricarde au cœur sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait, qu'ainsi l'inflammation du péricarde est bien moins meurtrière qu'on ne l'imagine ordinairement : et le défaut d'adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde, semble attester, pour l'inflammation de celle-ci, un fait opposé, son extrême péril et sa rareté.

Je ne parle pas de l'inflammation du tissu cellulaire placé au-dessous de l'arachnoïde, cette inflammation n'étant pas celle dont il s'agit et ne me paraissant pas d'ailleurs beaucoup plus fréquente, au moins chez l'adulte.

On pourrait appliquer les précédentes réflexions à la péritonite. Car les adhérences du péritoine sont rares, si ce n'est à la surface du foie et

ARTICLE II.

De la pie-mère.

Elle était injectée dans un peu moins de la moitié des cas, et à un degré remarquable chez onze sujets ; plus fréquemment chez ceux qui avaient succombé du huitième au vingtième jour de la maladie, qu'après cette époque, après le trentième surtout.

Fragile dans l'état normal, de manière à ne pouvoir être facilement séparée du cerveau que quand il y a infiltration au-dessous de l'arachnoïde, la pie-mère conservait la même fragilité dans l'état dont il s'agit. Une fois seulement, je l'ai vu entraîner, à sa suite, quelques parcelles de la substance corticale dans un point limité dont je cherchais à la séparer, bien que, dans ce point, ni la pie-mère, ni la substance corticale ne présentassent de lésions appréciables.

Les veines cérébrales supérieures étaient distendues par une assez grande quantité de sang chez la cinquième partie des sujets, le plus ordinairement quand la pie-mère était injectée. On y observait des bulles d'air dans un cas (obs. 4).

ARTICLE III.

Du cerveau.

Il offrait quelques variétés de couleur et de consistance qu'il importe d'étudier.

de la rate : on n'en trouve d'universelles que dans les cas où l'affection n'ayant pas guéri complétement a conduit les malades à la mort, presque uniquement dans la péritonite tuberculeuse ; ce qui ne devrait pas être, si le diagnostic de la péritonite n'était souvent erroné.

§ 1.

De la couleur.

Au lieu d'avoir la couleur grisâtre qu'elle offre dans l'état naturel, la substance corticale était plus ou moins rose, la substance médullaire plus ou moins injectée dans un assez grand nombre de cas ; et cette double altération était généralement en rapport avec l'injection de la pie-mère.

La substance corticale était plus ou moins rose dans toute son épaisseur et dans toute son étendue, chez dix-sept sujets, d'une manière uniforme et sans altération de sa consistance naturelle. Cette couleur rose, piquetée de points noirâtres dans un cas (obs. 45), tirait sur le violet dans deux autres (obs. 21, 36), dont un est relatif à un individu dont les corps striés offraient la même couleur.

Elle était plus fréquente chez les sujets qui avaient succombé du huitième au quinzième jour de l'affection, que chez ceux qui étaient morts après cette époque ; de manière qu'on l'observait chez la moitié des uns et la quatrième partie des autres seulement. Et des six cas où elle avait le plus d'intensité, quatre appartiennent aux individus de la première série.

La substance médullaire était plus ou moins injectée dans tous les cas, hors sept ; et cette injection, généralement proportionnée à l'état de la coloration de la substance corticale, était forte chez sept sujets, dont quatre furent emportés avant le quinzième jour de la maladie, et aucun après le trentième. Elle était peu considérable dans les autres cas, et ne manquait chez aucun des individus qui avaient succombé dans la première période de l'affection.

Personne sans doute ne cherchera la cause de l'injection plus ou moins considérable de la substance médullaire, dans l'inflammation; mais il n'en sera peut-être pas ainsi de la couleur rose de la substance corticale, et l'on sera d'autant plus porté à la croire inflammatoire que les symptômes *d'irritation* auront été plus marqués.

San sm'appesantir sur les symptômes, dont il ne s'agit pas ici, j'observerai qu'ils ne peuvent décider les questions relatives au siége ou à la nature des maladies, vu qu'ils offrent assez souvent des différences extrêmes dans des affections semblables; que d'ailleurs les causes du délire, un des symptômes cérébraux les plus ordinaires dans l'affection qui nous occupe, sont très variées; qu'il y aurait plus que de la témérité à l'attribuer constamment à l'inflammation; que des accidents cérébraux plus ou moins graves ont existé dans presque tous les cas, la couleur rose n'ayant pas eu lieu chez la moitié des sujets; qu'ainsi la considération des symptômes ne pourrait pas même nous *aider* à résoudre le problème dont il s'agit. Et si nous considérons en elle-même cette couleur rose, qui était uniforme dans toute l'étendue et dans toute l'épaisseur de la substance corticale, laquelle avait partout la dimension et la fermeté qui lui sont naturelles; nous n'admettrons pas qu'elle fût le produit de l'inflammation. Nous ne l'admettrons pas, parce que cette constante uniformité d'une inflammation toujours la même dans son degré, ne donnant jamais lieu qu'à un seul effet, l'altération de la couleur de l'organe qui en est le siége, ne produisant ni ramollissement ni épaississement de tissu, n'a lieu dans aucun des viscères dont l'histoire de l'inflammation, sous le rapport anatomique, est la mieux connue.

Et en effet, que la membrane muqueuse de l'estomac soit enflammée dans toute son étendue, non-seulement sa couleur n'est pas exactement la même partout, mais sa consistance et son épaisseur sont plus ou moins inégalement altérées. Il en est de même des poumons. Que l'un d'eux soit universellement enflammé, sa couleur est alors d'un rouge foncé dans un point, d'un rouge moins intense dans un autre, grisâtre dans un troisième, tirant sur le jaune dans un quatrième; et à ces aspects différents correspondent autant d'altérations de consistance. La couleur rouge de la substance corticale ne peut donc pas être attribuée à l'inflammation, à moins qu'on n'admette qu'elle ne soit toute récente à la mort du sujet. Encore, dans cette hypothèse, l'uniformité de couleur serait-elle difficile à concevoir, loin d'être démontrée. Aussi, tout en admettant que cette coloration est en effet très récente à la mort des sujets, je crois devoir la considérer comme le produit d'une simple congestion, plus ou moins analogue à l'injection de la substance médullaire et de la pie-mère, au milieu de laquelle je n'ai rencontré de trace de pus dans aucun cas. Cette manière de voir est d'ailleurs en harmonie parfaite avec ce fait rapporté tout à l'heure, savoir, que la couleur rose de la substance corticale et l'injection de la substance blanche étaient plus fréquentes chez les individus qui avaient succombé promptement, que chez ceux qui ont été emportés après un espace de temps considérable, et chez lesquels l'appauvrissement des liquides devait rendre les congestions sanguines moins fréquentes : et elle recevra, dans un instant, un nouveau degré de vraisemblance, par l'exposition des faits relatifs aux sujets qui ont succombé à d'autres maladies aiguës; et plus tard par l'histoire des symptômes.

§ 2.

De la consistance du cerveau.

La consistance du cerveau n'offrait rien de remarquable dans la très grande majorité des cas, et elle ne m'a paru un peu supérieure ou inférieure à ce qu'elle est dans l'état ordinaire, que chez douze sujets. L'excès et la diminution de consistance avaient lieu dans le même nombre de cas; l'excès, chez quatre sujets morts du huitième au quinzième jour de l'affection, et chez deux autres enlevés aux vingtième et vingt-cinquième; la diminution, chez un individu mort ce dernier jour, et chez cinq de ceux qui avaient été emportés après le trente-cinquième; en sorte que ces degrés opposés de consistance se trouvaient chez des sujets placés dans des conditions différentes; les uns étant morts rapidement, les autres après un espace de temps plus ou moins considérable.

Dans les cas où il y avait excès apparent de consistance, la couleur de la substance grise n'offrait rien de constant; elle était tantôt naturelle, tantôt d'un rose plus ou moins vif; et il en était de même de la substance blanche, tantôt plus, tantôt moins injectée.

Entre les cerveaux dont la consistance paraissait un peu augmentée, et ceux dont elle semblait naturelle, la différence était moins considérable qu'entre ces derniers et ceux qui étaient moins fermes que de coutume; de manière que l'augmentation apparente de consistance n'était peut-être qu'une de ces variations de fermeté dont tous nos organes paraissent susceptibles dans l'état normal.

Cette manière de voir, qui me semble la plus naturelle, la première qui doive se présenter à l'esprit, acquiert beaucoup de vraisemblance, devient presque une certitude, si l'on remarque que les accidents cérébraux étaient assez uniformes dans la plupart des cas, le degré de consistance dont il s'agit assez rare; qu'il devient impossible, dès lors, de lui assigner un ordre quelconque de symptômes; ce qui serait difficile à concevoir dans l'hypothèse d'une lésion; que cet état du cerveau n'a été observé, comme il a été dit tout à l'heure, que dans les cas où la mort est survenue assez rapidement, et que dans la supposition où il aurait existé à une époque voisine du début, dans d'autres, il aurait dû être suivi quelquefois d'une autre altération; ce qui n'a pas eu lieu. Car on ne saurait considérer comme telle la diminution générale de consistance qu'on observait chez quelques sujets emportés après le trentième jour de l'affection, et qui existe chez des individus atteints de maladie chroniques, à un degré et dans une proportion plus considérables (1).

Mais à supposer, contre toute vraisemblance, que l'état dont il s'agit soit une lésion, quelle en serait la nature? Devrait-on l'attribuer à l'inflammation? Cette opinion, qui a été soutenue assez récemment par un jeune et habile médecin de l'école de Paris, me semble encore plus en opposition avec les faits que la précédente. Car le degré de consistance qui nous occupe n'était accompagné d'aucune altération de couleur de la substance médullaire; il était *uniforme et universel;* et nous avons vu, au sujet de la substance grise, que ces caractères paraissaient incompatibles avec l'idée d'une inflammation. Aucune partie de l'encéphale n'offrait

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 155 et 157.

de pus; il n'y en avait pas non plus à sa surface, dans la pie-mère qui l'enveloppe de toutes parts. Et si l'on remarque que les cas dans lesquels on trouvait une augmentation apparente de la consistance habituelle du cerveau, étaient relatifs à des individus morts en assez peu de temps, c'est-à-dire à une époque où l'inflammation du cerveau, si elle eût existé, eût encore été à l'état aigu ; que, dans cette période, la consistance des tissus, au lieu d'augmenter, diminue ; on conviendra que dans la supposition où l'excès apparent de fermeté du cerveau serait une lésion, celle-ci ne pourrait, sous aucun rapport, être considérée comme inflammatoire.

Quant au ramollissement général du cerveau ou à la diminution légère de consistance de ce viscère, je dirai que son uniformité et l'absence de toute autre lésion ne permettent de le rapporter à aucun mode d'altération connu, et qu'ils doivent le faire envisager comme un état plus ou moins analogue au ramollissement du foie et du cœur, dont il a été question plus haut.

J'ai rencontré deux fois le ramollissement *partiel*, et peu considérable du cerveau. L'une des couches optiques en était le siége, chez un sujet mort au treizième jour de l'affection, qui n'éprouva aucun symptôme qu'on puisse rapporter, avec quelque vraisemblance, à cette lésion, et dont toute la masse encéphalique, à part une légère injection, était d'ailleurs parfaitement saine (obs. 8). Dans l'autre cas, le ramollissement occupait la cloison demi-transparente et était plus marqué (obs. 26).

Je ne ferai d'ailleurs aucune observation sur cette espèce de lésion, que n'accompagnait aucune altération de la couleur des parties qu'elle occupait, que j'ai rencontrée à un degré beaucoup plus remarquable chez un sujet mort subitement, au milieu d'une santé parfaite, et chez un assez

grand nombre d'individus emportés par des maladies chroniques (1). Mais je rappellerai à ce sujet ce qui a déjà été remarqué plus haut, je veux dire, la nécessité de bien connaître les résultats généraux quand il s'agit d'interpréter les faits particuliers. Sans la connaissance de ces résultats, en effet, à combien de réflexions, dont le moindre défaut serait l'inutilité, ne serait-on pas disposé à se livrer ici? Mais les mêmes lésions ayant lieu à la suite des maladies aiguës et des maladies chroniques, on ne peut plus y voir rien de particulier aux unes ou aux autres; et les faits que je rapporterai bientôt viendront encore à l'appui de cette assertion.

§ 3.

Des ventricules cérébraux.

Je n'ai fait mention de la présence d'une certaine quantité de sérosité dans le troisième ventricule, chez aucun sujet.— On n'en trouvait pas, ou il y en avait à peine quelques gouttes, dans les ventricules latéraux, chez six individus, dont deux avaient succombé avant le quinzième jour de l'affection. Douze autres en offraient de quatre à sept petites cuillerées dans les mêmes parties, et avaient généralement succombé après un espace de temps considérable.— La sérosité était moins abondante dans le reste des cas.

Elle était louche chez deux sujets, dont l'un avait le cerveau dans l'état normal (obs. 33). La substance corticale était rose chez l'autre.

Ainsi, l'injection de la pie-mère et de la substance médullaire du cerveau, la couleur rose de la substance corticale, la

(1) Voyez mes Mémoires *ou Recherches anat. pathol. sur plusieurs maladies*, Paris, 1826, p. 492, et mes *Recherches sur la phthisie*, p. 155.

fermeté de toute la masse cérébrale, étaient d'autant plus fréquentes ou plus prononcées que les sujets avaient succombé plus rapidement. Et le contraire avait lieu pour l'infiltration sous-arachnoïdienne, l'épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux, et la diminution de consistance de toute la masse encéphalique ; diminution qui était un peu plus fréquente d'ailleurs, chez les individus emportés dans les mois chauds de l'année, que chez ceux qui avaient succombé dans la saison froide.

ARTICLE IV.

Du cervelet, de la protubérance annulaire et de la moelle épinière.

Le *cervelet* était encore plus fréquemment que le cerveau dans l'état normal, et quand il s'en éloignait, c'était ordinairement d'une manière analogue et dans les mêmes cas. Ainsi, sa substance corticale était rose ou rouge chez cinq sujets, dont quatre offraient la même coloration de la matière grise du cerveau : et la rougeur était universelle, uniforme, sans altération de l'épaisseur ou de la consistance naturelles aux parties où on l'observait. — Si les corps striés ont partagé la couleur rouge-violet de la substance corticale du cerveau dans un cas, il en a été de même des corps rhomboïdaux du cervelet (obs. 27). — La consistance de ce dernier viscère paraissait supérieure à celle du cerveau chez deux sujets morts aux vingtième et vingt-quatrième jour de l'affection (obs. 27, 42). Elle était moindre chez quelques autres. Et dans un cas où la mort eut lieu au treizième jour de la maladie, le côté gauche du cervelet était moins consistant que le droit, dans un degré médiocre, mais évident.

La *protubérance annulaire* était rose, sans aucune autre

altération appréciable, chez un sujet dont la substance corticale du cerveau et du cervelet avait la même couleur.

La *moelle épinière*, examinée avec attention chez six sujets qui furent emportés à des époques plus ou moins rapprochées ou éloignées du début, ne m'a rien offert de remarquable, qu'un degré de consistance moindre que dans l'état ordinaire, chez l'un d'eux (obs. 28). Et ce sujet, mort à la mi-mai, ne fut ouvert que quarante heures après la mort.

Le *quatrième ventricule* contenait une assez grande quantité de sérosité chez un individu mort au vingt-sixième jour de l'affection.

2o *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Ces sujets, parmi lesquels je ne comprends pas ceux qui avaient succombé à l'apoplexie, à l'hydrocéphale et au ramollissement du cerveau, sont au nombre de cinquante-sept.

1o Trois d'entre eux offraient un léger épanchement de sérosité claire dans l'*arachnoïde* supérieure.

Chez deux autres, morts de péripneumonie aux quinzième et dix-huitième jour de l'affection, j'ai trouvé, sur une partie de cette membrane qui recouvre la dure-mère de la convexité du cerveau, une fausse membrane très molle, comme glaireuse en quelque sorte, rouge, avec un épanchement peu considérable de même couleur, dans un cas.

L'arachnoïde était plus ou moins louche et épaissie, plus consistante que dans l'état normal, chez quatre sujets; deux fois par bandes, ou par taches plus ou moins larges; deux fois d'une manière continue et dans toute la moitié supérieure du cerveau. Les deux derniers cas étaient relatifs à des péripneumoniques. — Bien que cette lésion fût probablement ancienne et sans rapport avec l'affection qui a con-

duit les malades à la mort, il est digne de remarque que l'un des derniers se plaignait de maux de tête depuis six mois environ, lors du terme fatal, surtout du côté où l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde étaient le plus marqués.

Le tissu sous-arachnoïdien était infiltré dans vingt-deux cas, mais à un faible degré dans la plupart; c'est-à-dire qu'alors l'infiltration était bornée aux sillons qui séparent les unes des autres les circonvolutions cérébrales. Elle était assez considérable chez huit sujets dont le tissu infiltré avait deux millimètres d'épaisseur environ, sur la partie saillante des circonvolutions.

Chez un péripneumonique mort en peu de jours, le tissu sous-arachnoïdien était infiltré de pus; et cette infiltration enveloppait le cerveau, le cervelet et la moelle épinière.

2° La *pie-mère* était plus ou moins rouge et injectée chez douze sujets, dont un mourut subitement ou presque subitement. Chez lui cette membrane adhérait, dans quelques points, d'une manière intime, à la substance corticale qui était uniformément rose dans toute son étendue, sans offrir le moindre ramollissement là où il y avait adhérence intime.

Les veines cérébrales supérieures contenaient une assez grande quantité de sang chez quinze sujets : et dans deux cas de variole et d'érysipèle gangréneux des membres inférieurs, on y voyait plusieurs bulles d'air.

3° La substance corticale du *cerveau* était d'un rose plus ou moins vif et uniforme, dans toute son épaisseur et dans toute son étendue, chez neuf sujets. Elle était violacée dans deux cas dont l'un offrait la même coloration de toutes les parties du cerveau qui ne sont pas occupées, dans l'état naturel, par la substance médullaire.

Celle-ci était plus ou moins injectée, dans huit des neuf

cas dont il s'agit : et il en était à peu près de même chez les sujets dont la substance corticale avait conservé sa couleur naturelle; l'injection étant vive chez six d'entre eux, nulle chez quatre, médiocre chez les autres.

La consistance du cerveau était un peu supérieure à ce qu'elle est dans l'état le plus ordinaire, chez huit sujets morts de péritonite, de variole, de pleurésie et de péripneumonie, du onzième au vingtième jour de ces affections; à une exception près, relative à un individu qui succomba au-delà du trentième jour de sa maladie. Elle était moindre que de coutume, au contraire, chez six sujets qui furent emportés après une période de temps un peu plus considérable que les premiers. Et ces deux degrés opposés de consistance étaient uniformes dans toute la masse encéphalique.

Ainsi, soit que nous étudiions le cerveau ou ses enveloppes, nous observons les mêmes lésions, les mêmes états, et, à peu près dans les mêmes proportions, chez les sujets emportés par l'affection typhoïde et chez ceux qui ont succombé à d'autres affections aiguës. Aucun de ces états, aucune de ces lésions n'est donc propre aux individus atteints de l'affection qui nous occupe spécialement. Et ce résultat, sans doute inattendu, à raison de l'état des fonctions de l'encéphale dans les deux ordres de maladies que nous passons en revue, me semble confirmer ce qui a été dit plus haut; que les lésions dont il s'agit (infiltration du tissu sous-arachnoïdien, injection de la pie-mère, couleur rose de la substance corticale du cerveau), sont fort légères, et sans doute le produit des derniers moments ou des derniers jours de l'existence; sans quoi on aurait observé un certain ordre de symptômes, toujours plus ou moins exactement les mêmes, chez les individus dont le cerveau, ou ses membranes, offraient la même lésion; ce qui n'est pas.

Ce en quoi le cerveau des sujets emportés par l'affection typhoïde m'a paru différer de celui des individus qui ont succombé à d'autres maladies, c'est qu'il était plus ou moins humide chez la moitié de ceux-ci environ, alors même qu'il semblait avoir un excès de densité; ce qui n'avait pas lieu pour les premiers, à une exception près (obs. 53).

L'espèce de viscosité qu'offrait le cerveau dans nombre de de cas d'affection typhoïde, n'avait d'ailleurs rien de particulier à ce viscère, les membranes séreuses en ayant présenté, comme il a été dit plus haut, d'assez nombreux exemples.

Comme les sujets enlevés par l'affection typhoïde, quelques-uns de ceux qui nous occupent offraient des *ramollissements partiels* du cerveau; et ces ramollissements, qui avaient lieu dans trois cas, étaient à la fois plus étendus et plus prononcés que ceux dont il a été question ci-dessus. Deux d'entre eux étaient relatifs à des sujets morts subitement ou presque subitement. Chez l'un de ces sujets, le ramollissement occupait le lobe antérieur gauche, le corps strié du même côté, et la cloison demi-transparente (1); chez l'autre, les deux lobes antérieurs, le gauche surtout, et le cervelet. Ce dernier était plus ramolli que les lobes du cerveau, qui l'étaient eux-mêmes davantage que dans le premier cas; toute la substance corticale était verdâtre, et le sujet de l'affection, qui paraissait convalescent d'une éruption mal dessinée, était mort quelques heures après être revenu du jardin où il s'était promené. Dans le troisième, cas le ramollissement avait envahi les lobes occipitaux, et le sujet de l'observation avait succombé à la scarlatine.

Que l'on joigne à ces trois cas de ramollissements partiels, celui où le tissu sous-arachnoïdien était infiltré de pus, on

(1) Voyez mes Mémoires, p. 492.

aura quatre exemples de lésions très-graves, chez des sujets dont un seul a éprouvé des symptômes cérébraux; lésions beaucoup plus profondes que celles qui ont été signalées chez les sujets atteints d'affection typhoïde, dont une est sans analogue parmi eux : et l'on conviendra que si l'ordre des faits eût été inverse, si les plus graves et les plus nombreuses lésions cérébrales eussent eu lieu chez les derniers, on n'aurait probablement pas manqué de bonnes raisons pour y rattacher les symptômes cérébraux de l'affection qui nous occupe. Qu'on juge par là de ce qu'il faut de prudence et d'observations exactes en médecine, pour conclure d'une manière légitime.

Les ventricules latéraux contenaient, chacun, de cinq à huit petites cuillerées de sérosité chez onze sujets, presque tous morts après plus de vingt jours de maladie. Ils n'en offraient que quelques gouttes, ou une petite cuillerée dans huit cas. La quantité de sérosité était intermédiaire entre celle-ci et la première, dans les autres.

4° Le ramollissement du *cervelet*, à part le fait indiqué tout-à-l'heure, existait dans un cas d'érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs, où la protubérance annulaire avait subi une altération analogue. Et cette protubérance était violacée, ou d'un gris mêlé de rouge, chez deux sujets morts de péripneumonie, aux huitième et quinzième jour de l'affection.

En sorte que le cervelet était plus profondément et un peu moins rarement affecté chez les sujets dont il s'agit, que chez ceux qui avaient succombé à l'affection typhoïde; que la protubérance annulaire, qui n'était ramollie chez aucun de ceux-ci, l'était chez un des premiers. — Évidemment ces faits donnent une valeur nouvelle aux dernières réflexions qu'ils appuient.

Les faits recueillis par M. le docteur Barth, sans être

entièrement semblables à ceux qui viennent d'être exposés, en ce qui concerne le cerveau, n'en diffèrent pas non plus d'une manière essentielle. A part l'infiltration sous-arachnoïdienne et l'injection de la substance grise, chez un grand nombre des trente-trois sujets qu'il a ouverts, M. Barth a trouvé chez quatre de ceux qui ont succombé aux septième, neuvième, onzième et trente-deuxième jour de la maladie, la substance corticale du cerveau ramollie dans quelques points; de manière qu'on en enlevait des parcelles avec la pie-mère. Trois autres malades emportés aux vingt-cinquième, vingt-sixième et quarante-deuxième jour de l'affection, offraient quelques érosions superficielles de la substance corticale, et, chez les deux derniers, celle-ci était ramollie partiellement dans quelques points.

L'autopsie des trente-trois sujets dont il s'agit a été faite avec un grand soin, minutieusement, en quelque sorte; et néanmoins, sept d'entre eux seulement ont offert quelques lésions d'un petit nombre de points de la substance corticale. En sorte qu'il faut considérer ces lésions, ainsi que je l'ai fait pour le plus grand nombre de celles que j'ai décrites, comme accessoires ou secondaires, et non comme essentielles à la maladie qui nous occupe. Il est remarquable d'ailleurs, que parmi les sept sujets en question, quatre seulement éprouvèrent des accidents nerveux graves; offrirent cet ensemble de symptômes qu'on désigne sous le nom de forme ataxique; que chez les trois autres la forme de la maladie était différente; de manière qu'on ne saurait conclure des faits dont il s'agit, que la forme de l'affection ou l'existence des symptômes nerveux graves, puisse révéler un état determiné du cerveau, celui de la substance corticale en particulier. Quel rapport, d'ailleurs, entre ces symptômes et ceux du ramollissement du cerveau? J'ajoute que les quatre sujets dont

la maladie eut la forme ataxique, et qui offraient la lésion indiquée de la substance corticale du cerveau, n'étaient pas les seuls qui eussent éprouvé des symptômes cérébraux graves; que neuf autres étaient dans le même cas, bien que chez aucun d'eux la substance grise du cerveau n'offrît de ramollissement ou d'érosion dans aucun point. Comment croire, après cela, qu'il existe un rapport nécessaire entre la forme ataxique de l'affection typhoïde et les lésions observées dans le cerveau de quelques sujets qui ont offert cette forme à un degré plus ou moins remarquable? Surtout, comment croire avec M. Piedagnel, que les symptômes cérébraux correspondent *constamment*, dans le cours de l'affection typhoïde, à des lésions particulières du cerveau et de ses membranes?

Après cela, je dirai, pour être plus complet, et, en quelque sorte, plus exact, que, parmi les sujets emportés par des maladies aiguës non typhoïdes, et ouverts par M. Barth depuis quelques années, ce médecin n'a pas trouvé d'exemple du ramollissement indiqué de la substance corticale; ce qui n'infirme en rien les conclusions tirées des cas de fièvre typhoïde.

CHAPITRE XI.

ÉTAT EXTÉRIEUR.

CONFORMATION, EMBONPOINT, PEAU, TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ, MUSCLES.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

ARTICLE PREMIER.

Conformation, embonpoint.

Tous les sujets emportés par l'affection typhoïde étaient bien conformés. Ceux qui avaient succombé dans la pre-

mière période, ou du huitième au quinzième jour de cette maladie, avaient un embonpoint convenable, n'étaient pas sensiblement amaigris. La maigreur était plus ou moins considérable chez les autres; et l'un d'eux, mort après soixante jours de souffrance, était dans un marasme squelétique.

ARTICLE II.

De l'état de la peau.

Les lésions de la peau étaient des altérations de couleur ou de texture. A ces dernières se rattachent l'érysipèle, les plaies des vésicatoires et les eschares.

§ 1.

Coloration de la peau.

La peau offrait, dans tous les cas, des vergetures aux parties les plus déclives, à la face postérieure du tronc surtout, et les vergetures étaient d'autant plus marquées que la maladie avait été plus promptement mortelle. Ailleurs elles étaient rares, et je ne les ai observées sur les côtés du corps que chez six sujets, tous emportés avant le trentième jour de l'affection : ce qui vient à l'appui de ce que j'ai dit ailleurs sur le même sujet (1).

La peau qui recouvre l'abdomen était plus ou moins bleuâtre et violette, chez trois individus morts les vingt-quatrième, quarante-troisième et quarante sixième jour de l'affection ; et cette coloration existait déjà pendant la vie, la veille et le jour de la mort, chez le dernier (obs. 43). En avait-il été de même chez les deux autres ? Quoi qu'il en soit

(1) *Loc. cit.* Mémoire sur les morts subites, p. 457.

de ces derniers faits, l'autre semble indiquer que certaines congestions, regardées comme cadavériques, l'engorgement des poumons, par exemple, peuvent commencer pendant la vie; ce dont il est difficile de s'assurer d'une manière exacte, à cause des mouvements qu'il faudrait imprimer aux malades, et qui ne seraient pas toujours sans danger.

Les parois de l'abdomen offraient une couleur verdâtre, chez trois sujets qui furent emportés aux huitième, vingt-septième et quarante-sixième jour de l'affection; aux mois d'août, novembre et juillet; vingt-huit, trente-six et quarante-huit heures après la mort.

Enfin, la peau était jaune sur toute la surface du corps, dans deux cas où la terminaison funeste eut lieu aux trente-troisième et quarantième jour de la maladie. Le foie n'offrait de lésion que dans l'un d'eux, et les canaux de la bile étaient parfaitement libres dans l'un et dans l'autre (obs. 17, 25).

§ 2.

De l'érysipèle.

L'érysipèle avait laissé des traces plus ou moins profondes chez quatre sujets; aux membres inférieurs chez trois, aux supérieurs chez le quatrième. Il s'était promptement terminé par la gangrène de la peau qui recouvrait la face dorsale de l'un des pieds, dans un cas.

Dans les trois autres, son siége était limité ainsi qu'il suit: à la jambe gauche qu'il embrassait dans une grande étendue, chez un sujet (obs. 26); à la cuisse et à la jambe droites, à leur partie externe surtout, chez un autre à la partie inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras droit, chez le troisième (obs. 35). Chez tous, la peau malade était plus ou moins épaissie et rouge; le tissu cellulaire correspondant, plus ou moins infiltré de sérosité mêlée à une quantité variable de

pus, un peu rougeâtre chez l'un (obs. 35) ; et les pelotons graisseux étaient plus fermes et d'un plus grand volume que d'ordinaire, le plus souvent jaunâtres, quelquefois rouges.

Dans le cas où la terminaison de l'érysipèle eut lieu par gangrène, le muscle pédieux et ses tendons étaient à découvert, ou seulement tapissés par une sorte de fausse membrane grisâtre, peu consistante; la peau était décollée tout au pourtour de l'ulcère, surtout en arrière, où le décollement s'étendait jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Un fait qu'il faut remarquer d'ailleurs, et qui est conforme à ce qu'on sait de l'influence de certaines constitutions médicales sur le développement de l'érysipèle, c'est que les cas dont il s'agit ont été observés dans la même année (1824), à peu d'intervalles les uns des autres; deux en mai, les autres en août et en septembre.

D'ailleurs les individus qui furent atteints d'érysipèle succombèrent du vingt-huitième au quarante-huitième jour de la maladie principale, et leur érysipèle débuta de six à vingt-cinq jours avant le terme fatal.

L'observation suivante mettra sous les yeux du lecteur la plupart des objets qui viennent d'être indiqués.

XXVIe OBSERVATION.

Douleurs de ventre au début, puis diarrhée, affaissement considérable, assoupissement profond jusque dans les derniers temps ; érysipèle de la jambe gauche neuf jours avant le terme fatal ; ictère la veille ; mort au *trente-troisième jour*.—Peau érysipélateuse, rouge, épaissie ; tissu cellulaire graisseux correspondant rouge et épaissi; ulcérations nombreuses dans l'iléum ; glandes mésentériques correspondantes grisâtres, bleuâtres et volumineuses; la plupart sans pus : foie et canaux biliaires sains, etc.

Un charpentier, âgé de dix-neuf ans, châtain-clair, sque-

lette un peu étroit, taille petite, maigre, à Paris depuis deux ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 6 août 1824. Malade depuis sept jours, ayant quitté ses occupations depuis cinq, il avait éprouvé, au début, des lassitudes dans les membres, un affaiblissement assez considérable, des douleurs de ventre, de la chaleur, une soif assez vive, une diminution très marquée de l'appétit. Ces symptômes avaient continué, l'anorexie était devenue complète au troisième jour, il y avait eu de la diarrhée dans les quatre derniers. La chaleur, ordinairement vive, avait été quelquefois accompagnée de sueurs, le sommeil avait été agité; le malade assurait même avoir eu un peu de délire. D'ailleurs ni nausées, ni vomissements, ni douleurs à l'épigastre, ni toux.— Aucune émission sanguine n'avait eu lieu; on s'en était tenu aux délayants.

Le 6: somnolence, figure médiocrement colorée, stupeur légère, sentiment de faiblesse bien prononcé; nulles douleurs dans les membres; ouïe fine, mémoire extrêmement lente, incomplète ou nulle; le malade ignore où il est : sa langue est naturelle au pourtour, grisâtre au centre; la soif est vive, la déglutition facile, l'anorexie complète, le ventre indolent, plusieurs selles ont été accompagnées de coliques: la chaleur est sèche, élevée; le pouls dur, large, difficile à supprimer, à cent huit : la respiration est un peu accélérée, sans le moindre râle. La mémoire semble revenir au malade à mesure que je l'interroge; il sait actuellement qu'il est à l'hôpital de la Charité et depuis quand. (*Orge émuls.; limon.*; *lav. de lin*; *diète.*)

Il y eut huit selles avec coliques dans la journée. Le 7, la langue était un peu rouge antérieurement, le pouls large et médiocrement accéléré, il y avait quelques taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen. Le reste comme la veille.

L'assoupissement fut presque continuel, le jour, non in-

terrompu pendant la nuit. Le 8, somnolence, réponses justes, figure peu colorée, nulle céphalalgie, pouls à cent. (*Saignée de* 240 *grammes*; *orge*; *lav.*)

Le 9, le sang tiré la veille était sans retrait, sans couenne, la faiblesse augmentée, l'air d'abattement plus prononcé que les autres jours, les réponses plus lentes, la langue naturelle au pourtour, blanchâtre au centre; le ventre plat et indolent, la chaleur élevée, le pouls comme la veille, la toux nulle (*Id.*).

Le 10; figure un peu plus colorée, yeux naturels, chaleur médiocre, pouls peu accéléré; rien autre chose de remarquable.

Le 11; air d'embarras, figure vermeille, langue comme le 9, quatre selles sans coliques; le malade, qui voit distribuer les aliments, demande à manger en pleurant.

Il eut pendant la nuit une sueur copieuse. Le 12; attitude et intelligence convenables, ventre indolent, couvert de sudamina, parmi lesquels plusieurs taches roses, lenticulaires : une seule selle liquide; pouls à quatre-vingt-quinze, assez large, sans dureté.

Depuis lors jusqu'au 21 : somnolence presque continuelle, plus considérable les 13 et 14 qu'à aucune autre époque faiblesse extrême, au point que le malade pouvait à peine lever les bras, les deux derniers jours. Il n'eut de bourdonnements d'oreilles qu'à des intervalles éloignés; sa langue fut naturelle, il ne cessa de demander des aliments, et fut mis au bouillon, puis aux crêmes de riz; n'ayant ni nausées, ni vomissements, allant une ou deux fois à la selle dans la journée. Son ventre fut constamment plat et indolent, son pouls à soixante-quinze ou environ, la chaleur médiocre : il n'eut que rarement des sueurs. — On or-

donna, pour toute boisson, de la limonade et de l'eau d'orge édulcorée.

Le 23, le pouls était à cent, la langue sèche et rousse, le malade avait de l'humeur. Le 25, il refusait le bouillon, disait avoir manqué mourir la nuit, tant il était faible, et l'on s'aperçut qu'il avait un érysipèle à la jambe gauche.

Dans la nuit du 25 au 26, léger délire; le lendemain au matin, à l'heure de la visite : figure pâle et empreinte de souffrance, traits écoulés, jambe gauche volumineuse, d'un rouge obscur entre ses extrémités, dans les trois quarts de sa longueur ; peau ferme et saillante dans les mêmes limites; deux petites ulcérations, faites comme par un emporte-pièce, au vésicatoire de ce côté, d'ailleurs sec depuis assez long-temps. Le malade dit souffrir de la jambe depuis cinq jours; sa langue est aride, un peu villeuse et jaunâtre, son ventre légèrement météorisé, les selles sont fréquentes; le pouls est petit et faible, à cent dix, la chaleur sèche et élevée.

Le 27, l'érysipèle semble stationnaire, la peau qui en est le siége est d'une couleur violette, les sclérotiques sont jaunâtres.

Le 28; augmentation du volume de la jambe gauche dans toute sa longueur, même coloration, même dureté de la peau; teint plombé, couleur jaune universelle; parfois, comme depuis cinq jours, bourdonnements d'oreilles; langue humide, mal tirée, ventre plat et indolent; pouls assez large et souple, toujours à cent dix.

Le 29 au matin, sa fréquence était la même, et le délire, qui avait eu lieu presque tout le jour et pendant la nuit, persistait. La jambe gauche était moins volumineuse que la veille, noirâtre au mollet et au coude-pied, d'un rouge cuivré autour de ces parties; l'épiderme était décollé dans

une assez grande étendue, la couleur jaune plus intense, la chaleur vive, la langue humide, épaisse, recouverte de petites plaques blanches qu'on observait aussi sur les lèvres.

Le délire continua, et le malade poussa des cris toute la nuit. Le 30, les caractères de l'érysipèle étaient encore plus prononcés que les jours précédents, la cuisse droite rouge, la maigreur du visage et de tout le corps très augmentée, les plaques de la langue et des lèvres épaissies, le bruit respiratoire mêlé d'un peu de râle muqueux à gauche de la poitrine, l'assoupissement profond.

Le sujet mourut, le même jour, à trois heures de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-SEPT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Couleur jaune universelle, aussi intense qu'avant la mort. Il en était de même de la rougeur et du gonflement de la jambe gauche, dont la peau avait plus d'épaisseur et moins de souplesse que partout ailleurs. Le tissu cellulaire correspondant était infiltré d'une sérosité claire; ses lobules graisseux étaient rougeâtres, plus développés et plus fermes que du côté opposé.

Tête. On trouva quelques gouttes de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde, une infiltration très peu considérable au-dessous de cette membrane, et seulement dans l'intervalle des circonvolutions; un peu moins d'une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. La pie-mère était un peu injectée, unie, dans quelques points, d'une manière intime, avec la substance corticale dont on enlevait quelques parcelles avec elle; et, dans ce point comme dans le reste de son étendue, cette substance avait une nuance rose, n'était pas sensiblement ramollie. La substance médullaire était un peu injectée, d'une blancheur parfaite, semblable à celle

d'un sujet ouvert en même temps et mort sans ictère, un peu ramollie, surtout dans la cloison demi-transparente, dont les fibres cédaient à la moindre traction.

Cou. La membrane muqueuse du pharynx et des voies aériennes était dans l'état naturel; les cartilages et les anneaux du larynx et de la trachée-artère étaient jaunes à l'extérieur seulement, comme les cartilages costaux.

Poitrine. Des adhérences celluleuses universelles existaient entre le péricarde et le cœur, qui était parfaitement sain d'ailleurs. L'aorte était d'un jaune très vif.— Le poumon gauche était libre, rougeâtre et jaunâtre à l'extérieur, un peu engoué en arrière. Le droit adhérait d'une manière intime aux plèvres diaphragmatique et costale, dans toute leur étendue. Son lobe inférieur était dur, violacé, inégal, comme mamelonné dans une assez grande surface, homogène, noirâtre, sans aspect grenu à l'intérieur dans les points correspondants. Les incisions qui y étaient pratiquées se couvraient d'une lame de liquide noirâtre, sans air, et laissaient voir les orifices béants des vaisseaux sanguins.

Abdomen. Il n'offrait aucun épanchement. — L'œsophage était sain, à part une ulcération de 9 millimètres de surface environ, 50 millimètres au-dessus du cardia, ayant pour fond la tunique musculaire à nu.— L'estomac avait un médiocre volume. Sa membrane muqueuse était jaunâtre et veloutée dans le grand cul-de-sac, nuancée de rose, mamelonnée, couverte d'un mucus assez visqueux ensuite, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans toute son étendue. — Le duodénum était dans l'état naturel, à part une faible nuance rose.— L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de mucus jaune. Sa membrane interne offrait quelques rougeurs dans son premier tiers, était pâle ensuite, avait partout l'épaisseur et la consistance qui

lui sont propres; présentait, dans toute son étendue, à l'opposite du mésentère, des plaques elliptiques plus ou moins grisâtres, deux fois plus épaisses que dans l'état naturel, de 25 à 55 millimètres dans leur grand diamètre, distantes les unes des autres de 15 à 35 centimètres, ou environ ; ulcérées dans le voisinage du cœcum, dans une longueur de 12 décimètres. Les ulcérations, uniques ou multiples sur une même plaque, au nombre de trente, étaient peu considérables; en sorte que la plus grande n'avait que 17 millimètres de diamètre. La tunique musculaire, mise à nu et sans altération appréciable, en faisait le fond; et leur pourtour était grisâtre et peu saillant. Dans les 56 derniers millimètres, contre la valvule iléo-cœcale, l'intestin était inégalement bleuâtre dans tout son pourtour, sa surface un peu boursouflée, et l'on voyait quatre ulcérations de 6 à 9 millimètres de surface, dont aucune n'offrait de commencement de cicatrice.— Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales pultacées, et l'on trouvait, dans le cœcum, deux petites ulcérations grisâtres et bleuâtres à leur pourtour, ayant la tunique celluleuse pour fond. La membrane muqueuse du colon était pâle et d'une épaisseur convenable dans toute son étendue, très ramollie dans sa première moitié, d'une bonne consistance ensuite, si ce n'est dans le rectum, où elle avait un peu moins de fermeté que dans l'état normal. — Les glandes mésentériques étaient grisâtres et bleuâtres, volumineuses et ramollies, et l'une d'elles était presque entièrement transformée en un kyste rempli d'une matière pultacée, jaunâtre. — Le foie était sain, la vésicule biliaire distendue par un liquide peu épais, d'un jaune foncé: les conduits biliaires étaient dans l'état normal, sans obstacle au trajet de la bile. — La rate était presque triplée de volume, un peu moins consistante que dans l'état naturel, d'un

rouge noirâtre à l'intérieur. — Les cônes tubuleux des reins étaient jaunâtres à leur extrémité.— Rien autre chose de remarquable.

A part le ramollissement de la première moitié du gros intestin, l'érysipèle et la splénisation de l'un des poumons, les désordres n'étaient ni fort graves, ni supérieurs sans doute aux ressources de la nature ; et on peut croire que sans l'érysipèle le sujet aurait guéri. D'ailleurs, sa maladie était stationnaire depuis plusieurs jours, son pouls peu accéléré, au début des premières douleurs à la jambe gauche que je ne vis que quelques jours après, quand déjà elle était volumineuse et d'un rouge assez vif, qui augmenta par la suite. Alors le pouls était fort accéléré : le délire se manifesta bientôt après : au neuvième jour de la durée de l'érysipèle, le malade succomba ; et à l'ouverture du cadavre, la peau de la jambe gauche et le tissu cellulaire correspondant, graisseux ou non graisseux, offraient les caractères indiqués dans la description générale ; c'est-à-dire que la peau était épaissie et d'un rouge vif ; preuve, entre tant d'autres, que la rougeur ne disparaît pas après la mort, quand elle est réellement le produit de l'inflammation.

Ce fait doit nous en rappeler un autre, en tout semblable sous un rapport : je veux parler du seul cas d'inflammation de la parotide que j'ai recueilli, et dans lequel la douleur fut sentie par le malade plusieurs jours avant que l'affection eût été reconnue. Ce malade, comme celui dont il s'agit, se trouvait alors dans un grand affaiblissement, bien qu'avec moins de somnolence ; et les réflexions faites à son sujet, sur la nécessité de multiplier les questions, alors même que les malades ne se plaignent pas et que les appareils d'organe ne paraissent pas altérés, s'appliquent exactement à ce cas.

La marche de la maladie avait été ce qu'elle est ordinairement, les premiers symptômes ayant annoncé une affection de l'abdomen, et les lésions les plus graves, les plus profondes, ayant eu lieu dans la portion de l'intestin grêle la plus rapprochée de la valvule iléo-cœcale. Les plaques ulcérées ou non ulcérées de cet intestin étaient en harmonie avec l'état stationnaire de la maladie, pendant les jours qui précédèrent le début de l'érysipèle; étant, comme nous avons vu, un peu épaissies, d'une médiocre consistance, grisâtres, comme si leur état inflammatoire, qu'on ne pouvait pas mettre en doute, eût rétrogradé. Il est d'ailleurs probable que l'inflammation avait envahi, à un certain degré du moins, toutes les plaques, toutes ayant une épaisseur plus considérable que dans l'état normal. — La couleur des glandes mésentériques répondait à celle des plaques elliptiques, et indiquait aussi une marche rétrograde.

La cause de l'ictère reste inconnue; mais il n'en est pas moins digne de remarque que les cartilages avaient une couleur jaune, bien que la mort ne fût arrivée que trois jours après l'apparition de la jaunisse : ce qui prouve l'extrême rapidité des combinaisons de la sérosité.

Je ne reviendrai pas sur l'état inégal et comme mamelonné de l'un des poumons, qui a été signalé dans le chapitre précédent; mais je remarquerai qu'il n'y eut de météorisme en aucun temps, malgré les ulcérations assez nombreuses de l'intestin grêle.

§ 3.

Des vésicatoires.

La peau offrait des altérations plus ou moins profondes, là où des vésicatoires avaient été appliqués et entretenus

jusqu'à la mort; à moins que leur application ne fût trop récente, ne remontât qu'à trois ou quatre jours de cette époque. J'en excepte cependant deux cas où, après quarante-huit ou soixante-douze heures d'application, la peau était sensiblement épaissie au niveau des vésicatoires. Dans les autres, qui étaient au nombre de quatorze, elle avait perdu sa souplesse ordinaire, était épaissie et plus ou moins rouge, ou amincie, ulcérée, ou complétement détruite, dans une largeur plus ou moins considérable. Cette dernière lésion avait lieu chez trois sujets morts aux quinzième, seizième et vingt-sixième jour de l'application des vésicatoires (obs. 14, 18, 39). L'amincissement était plus ou moins uniforme ou inégal dans quatre cas, huit ou dix jours après la même application (obs. 15, 29, 32, 46). L'épaississement était uni à la rougeur chez les sujets qui avaient des vésicatoires depuis six ou neuf jours, au moment du terme fatal.

Le tissu cellulaire graisseux correspondant était plus ou moins dur et épaissi, dans les cas où la peau n'était pas détruite; plus ou moins rouge, quand cette destruction avait lieu, et quelquefois alors aminci.

§ 4.

Des eschares.

Cette lésion, que j'ai presque constamment omis de décrire après la mort, a été observée, pendant la vie, chez huit sujets, ou chez la sixième partie de ceux dont il s'agit. L'un avait été enlevé au seizième jour de l'affection, quatre du vingtième au trentième, les trois derniers après cette époque; de manière qu'il n'y eut pas d'exemple de cette lésion chez les sujets de la première série. — La largeur des eschares variait de 12 à 70 millimètres. Elles tombaient plus

ou moins promptement, donnaient lieu à des plaies proportionnées à leurs dimensions : et, à leur pourtour, la peau était décollée dans une étendue variable, ordinairement unie à une portion plus ou moins épaisse du tissu cellulaire sous-jacent.

J'ai observé une autre lésion, qui tient en quelque sorte le milieu entre l'érysipèle et l'eschare : c'était de petites ulcérations, inégalement superficielles, sur la jambe droite, autour desquelles la peau était un peu rouge et épaissie.

ARTICLE III.

Du tissu cellulaire.

A part les cas dont il vient d'être question, et deux autres dont il va être dit un mot, le tissu cellulaire sous-cutané n'offrait aucune altération sensible. Des deux derniers, l'un était l'exemple d'un abcès placé au-dessous et au dedans de la mâchoire inférieure droite, dont les premiers signes se manifestèrent trois semaines avant la mort chez un sujet qui succomba au quarantième jour de l'affection; dans l'autre, un emphysème assez considérable avait lieu au cou dont la peau était verdâtre. Le sujet de cette observation, qui avait succombé au huitième jour de la maladie, fut ouvert le 10 août, vingt-huit heures après le terme fatal.

En admettant que la saison ait eu quelque influence sur le développement de cet emphysème, on ne peut supposer qu'elle en ait été la seule cause, ni même la plus considérable; dix autres sujets, morts de la même affection, ouverts en juin, juillet et août, n'ayant rien offert de semblable.

Quelle que soit d'ailleurs la part de la température dans la production du phénomène qui nous occupe, on ne peut

l'attribuer, en définitive, qu'à une altération plus ou moins profonde des liquides; altération d'autant plus remarquable que le sujet avait succombé très promptement. La couleur verte était aussi le résultat de la même cause; et on en trouve une preuve plus directe, en quelque sorte, dans ce fait, que les reins, chez plusieurs sujets emportés par l'affection typhoïde, après avoir été préalablement divisés et exposés à l'air pendant douze ou vingt minutes, devenaient verdâtres; ce qui n'a pas lieu, au moins dans le même espace de temps, chez ceux qui succombent à une maladie chronique, et dans beaucoup de cas de maladies aiguës.

ARTICLE IV.

Des muscles.

J'ai examiné les muscles qui président aux mouvements volontaires chez presque tous les sujets, et je les ai trouvés constamment dans l'état naturel, sous le rapport de la consistance et de la couleur; ce qui est d'autant plus remarquable, comme je l'ai observé plus haut, que le cœur est plus ou moins profondément ramolli dans un grand nombre de cas. Je n'ai pas même trouvé les muscles poisseux, bien qu'on les croie généralement tels à la suite de l'affection typhoïde; et ce caractère aurait d'autant moins lieu de surprendre qu'on le retrouve dans plusieurs organes, le cerveau et les membranes séreuses, comme je l'ai fait remarquer plus haut.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

L'état extérieur du corps offrait, chez les sujets dont il s'agit, des altérations semblables à celles qui viennent d'être décrites, mais dans des proportions différentes.

1° La peau offrait des vergetures aux parties latérales et antérieures du tronc chez six sujets, dont deux enlevés assez rapidement par une péripneumonie; les autres étaient morts d'une manière inattendue, presque subite. Et dans plusieurs cas d'emphysème, les parois de l'abdomen étaient verdâtres. — Dans trois autres, la peau était universellement jaune, les conduits biliaires étant parfaitement libres et le foie dans l'état naturel, sauf un peu plus ou un peu moins de fermeté que d'ordinaire.

L'épiderme était soulevé dans un grand nombre de points qui offraient autant de vésicules plus ou moins larges, remplies d'un liquide rose bien clair, chez deux sujets morts des suites de la scarlatine ou de la variole. — J'ignore l'époque du développement de ces vésicules.

La peau des mains ou du bras droit était un peu plus dure et plus épaisse que dans l'état normal, sans altération bien marquée de sa couleur naturelle, chez deux sujets morts de péripneumonie, qui avaient eu, long-temps avant la mort, un érysipèle phlegmoneux dans cette partie. Il y avait, en outre, dans un cas où l'inflammation partit des lèvres de la saignée, une certaine quantité de pus dans la gaîne des tendons extenseurs des doigts. On en trouvait entre la peau et les muscles dans l'autre.

Un sujet auquel on avait appliqué un sinapisme trente heures avant la mort, offrait encore, à l'ouverture de son corps, une rougeur assez vive dans le point où l'application avait été faite.

Là où des vésicatoires avaient été placés et entretenus jusqu'à la mort, pendant un plus ou moins grand nombre de jours, de quatre à dix, la peau était plus ou moins rouge, ferme et épaissie; le tissu cellulaire graisseux correspondant, plus épais et plus dense que dans les parties environ-

nantes; et, dans un cas où l'application du vésicatoire avait eu lieu à la poitrine long-temps avant la mort, la peau offrait une infinité de petites ulcérations superficielles, dans le point correspondant. C'est-à-dire que la peau était, comme les membranes muqueuses, aussi peu disposée à l'ulcération, dans le cours des maladies aiguës autres que l'affection typhoïde, qu'elle en était fréquemment atteinte dans ces dernières.

Il y eut des eschares au grand trochanter et au sacrum chez deux sujets, dont l'un succomba à un érysipèle gangréneux, et l'autre à une affection qu'il ne m'a pas été possible de caractériser (obs. 50).

2° Le *tissu cellulaire* était emphysémateux chez huit sujets, et, comme nous allons voir, cet emphysème n'était pas moins remarquable par son étendue que par sa fréquence. Je l'observai sur le cadavre d'une jeune femme morte presque subitement et d'une manière inattendue, au milieu de la convalescence d'une maladie éruptive mal dessinée, au moment où elle se proposait de quitter l'hôpital. Les autres individus avaient succombé à la variole, à la scarlatine, à l'apoplexie, à l'érysipèle phlegmoneux et gangréneux des membres inférieurs, à la péripneumonie. Ces dernières affections offraient, chacune, deux exemples de l'état qui nous occupe.

L'emphysème n'était pas général chez tous ces sujets; mais chez tous il existait au cou, la seule partie du corps où il eut lieu dans le cas unique d'affection typhoïde où je l'ai observé; ce qui me semble assez remarquable. Borné à cette région chez un individu enlevé par l'érysipèle, il s'étendait au haut de la poitrine chez les deux péripneumoniques, était universel chez la plupart des autres sujets, et très prononcé aux membres inférieurs dans un cas d'érysi-

pèle, dans ceux de scarlatine et de variole, et dans celui où la mort survint presque subitement, d'une manière inattendue.

Aux membres inférieurs, l'emphysème n'existait pas dans le tissu cellulaire sous-cutané; il était limité aux muscles qui se trouvaient alors comme disséqués, surtout près des os avec lesquels on aurait dit, au premier coup d'œil, qu'ils eussent perdu leurs rapports : et il n'était pas moins considérable dans l'épaisseur des muscles que dans leur intervalle; en sorte que ces organes perdaient la plus grande partie de leur volume et s'affaissaient rapidement, dès qu'on venait à y plonger le couteau.

Une coïncidence digne d'attention, c'est que le cœur et le foie étaient très ramollis dans tous les cas dont il s'agit; et, dans trois d'entre eux, le foie lui-même était emphysémateux.

Dans la plupart, cinq sur huit, la mort avait eu lieu dans les mois les plus chauds de l'année; elle était survenue, dans les trois autres, les 8, 17 et 28 septembre, à une époque où la chaleur atmosphérique n'est plus très grande dans notre climat. En sorte, comme je l'ai observé plus haut, que si l'élévation de la température est une des conditions du phénomène dont il s'agit, cette condition n'est pas la seule. Et cela résulte encore de cet autre fait, savoir : que bien des sujets ouverts aux mois de juillet et d'août, n'offraient pas trace d'emphysème du tissu cellulaire; en sorte qu'il faut surtout l'attribuer à l'altération des liquides, altération surabondamment prouvée, en quelque sorte, par ces deux faits : 1° que le cœur et le foie étaient ramollis dans *tous* les cas; le ramollissement du cœur coïncidant presque toujours avec une altération plus ou moins profonde du sang; 2° qu'un des sujets dont il s'agit, examiné douze heures après la mort, était déjà emphysémateux.

Si la proportion des cas dans lesquels j'ai rencontré l'emphysème du tissu cellulaire, chez les sujets morts de l'affection typhoïde et chez ceux qui ont été emportés par d'autres maladies aiguës, n'est pas l'effet du hasard, il faut en conclure que les liquides sont plus souvent et plus profondément altérés dans ces dernières affections, surtout dans la scarlatine, la variole et l'érysipèle phlegmoneux des membres, que dans l'affection typhoïde.

Peut-être pourrait-on trouver la raison de la préférence que l'emphysème affecte pour le cou, dans le nombre de gros vaisseaux, et par conséquent dans la grande masse de liquide de cette région.

CHAPITRE XII.

DES CAUSES DE MORT.

Il n'arrive probablement jamais que des individus qui meurent d'une maladie dont le siége est bien déterminé, n'offrent de lésion que dans l'organe primitivement affecté; au moins n'en ai-je pas rencontré d'exemple. Mais, dans le plus grand nombre de cas, le désordre de cet organe est si considérable, que la mort s'explique aisément par lui; que sous ce rapport, on pourrait, jusqu'à un certain point, faire abstraction des lésions secondaires; tandis que dans d'autres, la lésion principale est si légère, soit qu'elle l'ait toujours été, soit qu'elle ait rétrogradé quelque temps avant la mort, que celle-ci ne peut s'expliquer qu'au moyen des lésions accessoires, et qu'on ne saurait s'empêcher d'admettre que les malades auraient probablement guéri, si ces derniers désordres ne se fussent pas joints aux premiers.

Comme les faits de ce genre ne sont pas rares, et que les ouvertures de cadavres ont été faites généralement avec peu de soin, jusque dans les derniers temps, il n'est pas douteux qu'ils n'aient puissamment contribué à maintenir, dans les meilleurs esprits, l'ancienne doctrine des fièvres; qu'on ait cru devoir nier que l'intestin grêle fût le siége de ces maladies, parce que ses lésions n'expliquent pas toujours la mort de ceux qui succombent. Il importe donc de revenir, d'une manière générale, sur ce point dont il a déjà été question dans plusieurs observations particulières. Voici ce que j'ai observé à cet égard.

Chez dix-huit sujets, ou à peu près les deux cinquièmes de ceux qui nous occupent, on ne pouvait expliquer la mort par l'état des plaques elliptiques de l'intestin grêle, par celui de la membrane muqueuse qui leur est intermédiaire, et des glandes mésentériques : il fallait pour cela nécessairement recourir aux lésions des autres organes, à celles du gros intestin, de l'estomac, etc., etc., etc.; lésions qui, dans tous les cas, hors quatre, m'ont paru, réunies à celles de l'intestin grêle, rendre un compte satisfaisant de la terminaison fatale (obs. 29, 11, 27, 28).

Or, voici dans quelle proportion se trouvaient les altérations secondaires dont il s'agit, celles au moyen desquelles on pouvait *principalement* expliquer la mort (1). La mort était surtout le résultat d'un érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs chez trois sujets (obs. 26, 35, 38); d'une arachnitis récente et médiocrement étendue chez deux autres

(1) Je dis principalement, parce qu'à l'altération de l'intestin grêle, et de l'organe spécialement indiqué, se joignait toujours celle de quelque autre viscère, qu'on ne pouvait pas négliger dans tous ces cas; surtout dans ceux où aucune lésion n'étant extrêmement grave, la cause de la mort semblait comme éparpillée dans nombre d'organes.

(obs. 17, 25) ; — d'une inflammation couenneuse des voies aériennes dans deux cas (obs. 20, 31) ; — en partie d'un œdème de la glotte chez le sujet de la première observation; —de l'inflammation, terminée par suppuration, du tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx, chez deux individus (obs. 19, 46); lésion qui, par elle-même, était d'une certaine gravité, et en offrait bien davantage encore ici, eu égard à la faiblesse dans laquelle se trouvaient les malades au moment de son début. La mort était encore le résultat de l'hépatisation et de l'engouement des poumons chez deux sujets (obs. 16, 18) ; — de la même lésion, de laquelle on pourrait peut-être rapprocher le ramollissement plus ou moins marqué de la membrane muqueuse de l'estomac, chez deux autres (obs. 28, 15) : encore ces lésions elles-mêmes n'expliquaient-elles pas d'une manière entièrement satisfaisante, à mon avis, la mort des sujets dans tous les cas.

D'ailleurs, la proportion des cas dans lesquels on ne pouvait expliquer la mort par l'altération de l'intestin grêle, n'était pas la même pour tous les groupes de sujets : elle était plus considérable chez ceux qui avaient succombé après le vingtième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient été enlevés à une époque antérieure de la maladie.

Passons maintenant à l'histoire de deux des quatre sujets dont la mort ne pouvait s'expliquer par l'état des organes.

XXVIIme OBSERVATION.

Délire, selles rares ; météorisme considérable ; sensibilité de l'abdomen ; mort au *vingt-cinquième jour*. — Ramollissement, amincissement ou destruction de la membrane muqueuse de l'estomac, par bandes ; plaques elliptiques de l'iléum rouges, épaissies, ramollies, non ulcérées ; glandes mésentériques d'un rouge clair, médiocrement volumineuses et molles, gros intestin très distendu.

Un garçon maçon, âgé de dix-sept ans, d'une constitu-

tion peu forte, ayant les parties génitales peu développées et seulement couvertes d'un léger duvet, fut conduit à l'hôpital de la Charité le 1er décembre 1825; alors malade depuis quinze jours. Il y était à peine, qu'il eut un délire très bruyant et voulut quitter le lit où l'on fut obligé de le maintenir avec le gilet de force, vers huit heures du soir. Bientôt il devint plus calme, et, le lendemain, à l'heure de la visite, il était dans l'état suivant :

Figure pleine, peu colorée, mouvements continuels de la tête à droite et à gauche, efforts pour rompre ses liens, pupilles médiocrement larges, nulle stupeur, perte de l'intelligence, presque complète : langue sèche, sans rougeur, imparfaitement tirée; ventre très météorisé, sensible à la pression; pas d'évacuations alvines depuis l'entrée; respiration inégale, parfois accélérée, toux rare; râle sec et sonore, nombreux, des deux côtés de la poitrine; pouls régulier, sans largeur, à cent douze; chaleur médiocre, point de taches roses lenticulaires à la surface du corps. (*Pot. ton. av. extr. de kk.* 30 *grammes; infus. de kk.*; *solut. de sirop tartar.*, bis; *frict. avec l'alk. camph.*; *lav. de kk. camph.*)

Bien qu'un peu moins agité le reste du jour et pendant la nuit, le malade fut toujours maintenu avec le gilet de force; il n'eut pas d'évacuations alvines, urina au lit, marmota souvent entre ses dents, et prit sa potion dans la tisane amère. Le 3, assoupissement, paupières closes, même météorisme que la veille, pouls petit et faible, à cent vingt-huit; chaleur douce, un peu humide. (*Ext. de kk.* 60 *grammes : le reste* ut suprà.)

La constipation persista, la journée fut à peu près la même que les précédentes, et, à part une diminution très marquée du météorisme, je trouvai, le 4 au matin, le malade dans

le même état que la veille. (*Pot. gom. av. ext. de kk.* 8 *grammes.*)

Le gilet de force fut ôté de bonne heure, la somnolence continua, les gémissements furent fréquents, les selles nulles. Le 5, au moment de la visite, tout le corps et l'abdomen principalement étaient sensibles à la pression, le malade témoignait une vive impatience quand on le palpait, le météorisme et les autres symptômes n'avaient pas sensiblement changé. (*Pot. gom. av. ext. de kk.* 6 *grammes ; lav. de kk. camph. ; vésicat. à la poit.*)

Le lavement fut rendu sans addition, la potion prise dans l'infusion amère, comme les autres jours. Le 6, à l'heure de la visite : plaintes, gémissements, paroles inintelligibles, occlusion, contraction permanente des paupières; langue encroûtée d'un mucus noirâtre et desséché, pouls petit et faible, impatience portée au point que le malade frappe ceux qui lui tâtent le pouls. — La dyspnée fit de continuels progrès jusqu'au moment de la mort, le lendemain, à cinq heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT

État extérieur. Rien de remarquable, si ce n'est le météorisme du ventre. — Muscles dans l'état naturel.

Tête. Arachnoïde louche de part et d'autre du sillon longitudinal, dans la largeur de 25 millimètres et dans l'intervalle des circonvolutions. Pas la plus petite granulation (glandes de Pacchioni). Infiltration sous-arachnoïdienne très peu considérable, une petite cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux ; substance corticale nuancée de rose dans toute son étendue et dans toute son épaisseur ; la médullaire très légèrement injectée ; l'une et

l'autre d'une consistance moyenne. Le cervelet un peu plus ferme que le cerveau ; la protubérance annulaire davantage encore.

Cou. L'épiglotte et le larynx étaient dans l'état naturel ; la trachée-artère, d'un rose tendre.

Poitrine. Les poumons étaient libres, un peu poisseux, d'un rouge assez vif à leur sommet, offrant en arrière, dans leur moitié inférieure, une bande noirâtre de 130 millimètres de haut sur 25 de large, de 4 à 6 millimètres d'épaisseur, dans toute l'étendue de laquelle le parenchyme pulmonaire était dur, homogène, privé d'air, non grenu cependant, et ne contenait qu'une petite quantité de sang qu'on en obtenait par expression. On voyait, en outre, à l'extérieur et à l'intérieur des poumons, des taches noires, arrondies, plus nombreuses à leur base qu'à leur sommet, sans endurcissement du parenchyme, qui était généralement plus ferme que dans l'état naturel. — Le cœur était sain, à part un léger ramollissement du ventricule gauche. L'aorte contenait beaucoup de sang et n'offrait d'ailleurs rien de remarquable.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac était d'un médiocre volume, contenait un demi-verre de liquide jaune tout au plus. Sa membrane muqueuse avait la même couleur dans le grand cul-de-sac, elle était grisâtre et nuancée de rose ensuite, demi-transparente, avait perdu près des deux tiers de sa consistance ordinaire, dans sa moitié supérieure ; offrait, dans cette partie, sept bandes d'un blanc bleuâtre, de 130 millimètres de long sur 6 à 8 de large, où elle était extrêmement mince et ramollie. Elle manquait même entièrement par intervalles. Ailleurs, sa consistance était peu diminuée, et elle n'offrait rien de remarquable. Le tissu cel-

lulaire sous-muqueux était légèrement injecté. — L'intestin grêle avait son volume naturel, contenait une assez grande quantité de bile mêlée de quelques mucosités. Sa membrane muqueuse offrait plusieurs zones d'une couleur jaunâtre, orange ou rouge clair ; elle était mince, d'une bonne consistance, à part quelques points rouges où elle était ramollie. Les plaques elliptiques de l'iléum étaient plus ou moins rouges, épaisses et molles, et le tissu sous-muqueux correspondant partageait l'état de la muqueuse. Il y avait, en outre, dans ses 13 derniers décimètres, un grand nombre de cryptes solitaires plus ou moins larges et développées. — Le gros intestin était distendu par des gaz, et l'*S* du colon, très contournée à droite, contenait beaucoup de matières fécales moulées. Sa membrane muqueuse avait une épaisseur convenable, offrait çà et là quelques rougeurs et un peu moins de fermeté que dans l'état naturel, si ce n'est dans le rectum. — Les glandes mésentériques étaient d'un rouge clair, médiocrement ramollies, du volume d'une noisette ou environ. Le foie avait une bonne consistance, la vésicule biliaire était distendue par un liquide jaune-verdâtre, ténu, demi-transparent. — La rate était ramollie, d'un rouge violet, quadruplée de volume. — Les autres viscères étaient sains.

Si cette observation est incomplète, sous le rapport des symptômes, elle offre peu à désirer relativement aux détails anatomiques, et il suffit de leur exposition pour montrer que l'état de l'intestin grêle ne peut rendre compte de la mort du sujet. Toutes les plaques elliptiques de l'iléum étaient bien, à la vérité, plus ou moins enflammées ; des cryptes solitaires assez nombreuses et développées, existaient dans les 13 derniers décimètres de l'intestin grêle :

mais ces lésions étaient peu profondes, peu avancées; il n'y avait pas d'ulcérations; la membrane muqueuse, dans l'intervalle des plaques, n'était altérée que dans un petit nombre de points. Les altérations de la muqueuse gastrique qui était ramollie, amincie ou détruite dans quelques parties, ne pouvaient, dans l'état actuel de la science, rendre compte de la mort, ou du moins en être regardées comme la cause principale; ces altérations n'ayant *peut-être* pas eu lieu pendant la vie. D'autres lésions, le météorisme principalement, n'avaient sans doute concouru que pour une part peu considérable, à amener l'issue funeste de la maladie.

Il est remarquable d'ailleurs, que, malgré la grande distension du gros intestin, sa membrane muqueuse avait une épaisseur convenable; c'est dire qu'elle était réellement épaissie : ce qu'on ne pouvait guère attribuer qu'à la réaction produite par la distension elle-même, comme cela a été dit plus haut, la muqueuse, à part l'épaississement dont il s'agit, étant à peu près saine.

La viscosité des poumons doit être remarquée. Leur fermeté, semblable à celle qui aurait probablement lieu dans l'hypertrophie, est digne aussi de quelque attention, vu qu'on l'observe assez souvent.

Le fait suivant, qui a beaucoup d'analogie avec celui qui vient d'être exposé, sera, en outre, l'exemple d'une mort arrivée d'une manière inattendue, sans agonie.

XXVIIIe OBSERVATION.

Fièvre, diarrhée, céphalalgie au début; délire, météorisme au troisième jour, croissant ensuite, continu jusqu'à la mort, au *vingt-cinquième jour*. — Muqueuse gastrique ramollie et amincie dans ses deux tiers supérieurs, plaques elliptiques de l'iléum grisâtres et rou-

geâtres près du cœcum, etc. : colon très météorisé : pus dans la vésicule biliaire, etc., etc.

Un boulanger, âgé de vingt-cinq ans, assez large, de peu d'embonpoint, à Paris depuis six mois, fut pris tout-à-coup, sans cause connue, le 23 avril 1824, d'un frisson violent, bientôt suivi de chaleur et de sueur, qui se renouvela deux jours de suite. En même temps, soif vive, céphalalgie, douleurs dans les membres, toux, anorexie. D'ailleurs, ni coliques, ni vomissements, même à la suite d'un verre de vin chaud sucré, pris le premier jour, au milieu du frisson; une selle quotidienne liquide. — Conduit à l'hôpital de la Charité, au commencement du troisième jour de l'affection, le malade y fut saigné, peu après son admission; il éprouva bientôt après quelque soulagement, et il dormit assez tranquillement pendant la nuit.

Le lendemain 26 avril, fin du troisième jour, figure rouge, un peu cuivrée, physionomie assez naturelle, céphalalgie sus-orbitaire, douleurs dans les membres; sens et intelligence intègres; soif vive, anorexie, langue peu humide, blanchâtre sur les côtés, roussâtre au centre; épigastre souple, indolent, ventre un peu météorisé à droite et à l'hypogastre, insensible à une forte pression, si ce n'est à gauche; une selle liquide pendant la nuit; chaleur sèche, élevée, non incommode au malade néanmoins; pouls régulier, sans largeur ni dureté, à cent; toux fréquente, crachats peu abondants, verdâtres, puriformes, non aérés; poitrine parfaitement sonore dans toute son étendue; râle sec et bruyant à gauche, en arrière; nul ailleurs. Rêvasseries fréquentes pendant la nuit. Le sang tiré la veille n'offre ni couenne ni retrait. (*Saignée de* 300 *grammes orge édulc. ter.*)

Le 27 : figure moins rouge et assez naturelle ; langue médiocrement humide, d'un rouge violet au centre ; météorisme considérable, ventre tout-à-fait insensible à la pression, quatre selles liquides ; chaleur un peu moins sèche et moins élevée, pouls plus large, un peu moins fréquent ; toux rare, percussion un peu obscure en arrière, inférieurement, à gauche, dans la région de la rate. Le reste comme la veille. Le sang toujours dépourvu de couenne et sans retrait. (*Orge émuls.* ter).

Le 28, à part un léger affaissement des traits, l'état du malade n'avait pas changé d'une manière sensible ; ses crachats étaient puriformes comme le premier jour, il avait eu trois selles liquides.

Il éprouva beaucoup d'agitation, eut du délire dans la soirée, se leva plusieurs fois et se laissa tomber pendant la nuit. Le lendemain matin, son délire persistait et roulait sur une somme d'argent qu'il assurait lui avoir été prise ; sa figure était animée et portait l'empreinte de la méditation, ses paroles étaient presque inintelligibles, sa langue violacée et humide, le météorisme considérable, la chaleur médiocre, le pouls à quatre-vingt-six, la respiration faible antérieurement. (*Petit lait* bis ; *orge sir. tartar. six sangsues à chaque oreille. Vésic. aux jambes.*)

Il y eut un peu d'assoupissement pendant le jour, beaucoup d'agitation, quelques selles involontaires pendant la nuit ; et le malade n'étant attaché que par les extrémités, il trouva moyen de mettre ses membres en liberté et tomba à terre. Le 30, il assurait ne souffrir nulle part ; ses pupilles étaient dilatées, le clignotement rare, les traits immobiles, sans stupeur proprement dite ; la chaleur était médiocre, le pouls à quatre-vingts, assez large ; la langue moins humide et moins rouge que la veille, le ventre très météorisé ; le bruit

respiratoire pur des deux côtés, la toux rare : le sujet ne demandait rien, pas même à boire ; et, malgré l'état apparent de l'intelligence, il se prêtait avec discernement à l'auscultation. (*Sinap. aux pieds* ; *glace sur la tête.*)

Il ne reconnut pas ses parents qui vinrent le voir, il eut des selles involontaires, moins d'agitation pendant la nuit qu'à l'ordinaire, ne fit point d'efforts pour sortir du lit. Le 1er mai : figure médiocrement rouge, air distrait, impatience, quelques mouvements spasmodiques des lèvres, langue plus pâle que rouge, ventre très météorisé. (*Petit-lait tamariné* bis, *orge sir. tart.* bis ; *foment. ém.*; *sinap.*)

Le malade répondit assez bien aux questions, et il fut assez calme dans la journée. Le lendemain, à l'heure de la visite, il était dans le même état que la veille.

Du 2 au 3, les selles furent nombreuses et involontaires, il n'y eut pas de délire, l'assoupissement fut presque continuel, et, pour la première fois depuis trois jours, le sujet reconnut ses frères ; le 3 au matin, la figure était presque naturelle, assez bien colorée, l'attitude convenable, la soif assez vive, la langue bien tirée, un peu plus rouge que la veille ; le ventre très météorisé, indolent ; la chaleur un peu élevée, le pouls à quatre-vingt-deux ; il y avait des taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen : la toux était rare, on entendait le râle sec et sonore antérieurement. (*Orge, sir. tart.* ter ; *infus. de kk. gom.*; *lav. de kk.*; *foment. av. le vin aromat.*)

Il y eut encore des selles involontaires ; et, à part une légère décoloration des taches, il n'y avait aucun changement appréciable le 4. (*Id.*)

Depuis lors, jusqu'au 17 : nul délire, réponses justes, ni prostration, ni stupeur ; figure assez naturelle après le 10 ; — langue humide et d'une bonne couleur, à part le 16 que je la trouvai un peu rouge et se desséchant presque aussitôt

après avoir été humectée par les boissons; soif variable, plus ou moins vive, quelquefois très médiocre : nulle douleur, nulle sensation pénible à l'épigastre à la suite des boissons amères; selles assez nombreuses et liquides : météorisme un peu moindre le 9 et les jours suivants, que dans ceux qui ont précédé; ventre toujours indolent; — pouls de soixante-quinze à quatre-vingt-cinq, jusqu'au 14; chaleur médiocrement élevée, sueurs rares; point de sudamina; les taches roses très décolorées le 7 : — crachats muqueux, épais, ni aérés, ni puriformes.

Le 17, à l'heure de la visite, la physionomie était assez naturelle, la langue un peu rouge et aride, le météorisme médiocre. Quatre selles eurent lieu dans la journée, et pour chacune d'elles le malade descendit au bassin.

Le même jour, à quatre heures du soir, paraissant tout à fait dans la même situation que le matin, il demanda, comme il le faisait quelquefois depuis trois jours, un peu de vin. On lui donna de la tisane, et quelques minutes après il expira, sans que les personnes de service aient eu la moindre inquiétude sur son état, sans qu'elles aient craint un instant pour ses jours.

L'infusion de kk., acidulée avec l'acide muriatique, fut continuée; on y ajouta l'eau de riz pareillement acidulée, et, dans les derniers jours, on ordonna quelques bouillons et une demi-crême de riz.

OUVERTURE DU CADAVRE QUARANTE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Météorisme. La peau sur laquelle avait été appliqué le vésicatoire de la jambe droite était ulcérée, incomplétement détruite dans quelques points, presque doublée d'épaisseur dans d'autres. Elle était moins épaisse et moins ferme à gauche, dans le point correspondant.

Tête. Quelques granulations arachnoïdiennes existaient près de la faux. Il y avait une légère infiltration entre l'arachnoïde et la pie-mère, trois à quatre petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, un peu moins dans les fosses occipitales inférieures. La substance médullaire du cerveau était peu injectée, sa consistance un peu moindre que dans l'état naturel.

Rachis. La moelle épinière était un peu moins ferme que de coutume, jusqu'à 80 millimètres de son extrémité inférieure ; hors cela, elle était parfaitement saine.

Cou. Le pharynx, les amygdales, l'épiglotte et le larynx étaient dans l'état normal ; la trachée-artère et les bronches, rouges, comme si elles eussent été macérées dans un liquide de même couleur ; leur membrane muqueuse était sans altération de consistance ou d'épaisseur.

Poitrine. Le cœur était un peu petit, d'ailleurs sain. L'aorte était d'un rouge vif non interrompu, jusqu'à 50 millimètres au-dessous de la sous-clavière gauche, puis par plaques plus ou moins larges ; et cette couleur, qui se continuait dans la carotide primitive, était à peine affaiblie après une macération de quatre heures. — Les poumons étaient libres, à part quelques adhérences celluleuses du côté droit, où se trouvaient 90 grammes de sérosité rouge ; tandis qu'il y en avait au moins 270 à gauche. Le poumon de ce côté était lourd, noirâtre, ou rouge-brun foncé, en arrière et en bas, résistant, gardait l'impression du doigt dans le même point. Sur les incisions qui y étaient pratiquées s'amassait un peu de liquide rouge, non aéré ; les vaisseaux restaient béants à la surface de ces incisions qui n'avaient pas l'aspect grenu. Un tubercule ramolli, de la grosseur d'une noisette, entouré d'une médiocre quantité de matière grise, se trouvait dans ce même lobe inférieur, près de sa

base et de son bord tranchant. Le supérieur était plus ferme que dans l'état ordinaire, contenait une médiocre quantité de liquide peu coloré, et beaucoup d'air. Le poumon droit avait, dans presque toute son étendue, la densité de ce dernier lobe ; il offrait un assez grand nombre de taches noirâtres en arrière, et il avait, dans ces points, une structure analogue à celle du lobe inférieur droit ; il était impropre à la respiration dans la moitié de son volume.

Abdomen. L'œsophage était sain, couvert de son épiderme dans toute sa longueur. — L'estomac était un peu plus ample que d'ordinaire, contenait un liquide épais, rougeâtre, d'odeur acide. Sa membrane muqueuse était d'un rouge-clair entremêlé de taches jaunâtres et blanchâtres, très ramollie et très amincie, dans ses deux tiers supérieurs. Dans l'autre, elle avait une couleur grisâtre, un aspect mamelonné, une consistance et une épaisseur plus considérables que dans l'état sain, si ce n'est contre le pylore, dans la largeur de 55 millimètres, où elle était dans l'état naturel. — L'intestin grêle était plus large que de coutume, contenait une assez grande quantité de mucus et de bile jaune. Sa membrane interne était blanche, piquetée de rouge, un peu épaissie dans son premier quart, d'une bonne consistance dans sa première moitié, ramollie dans la seconde, où se trouvaient beaucoup de plaques elliptiques, qui étaient d'autant plus rapprochées, plus longues et plus épaisses, qu'elles étaient plus voisines du cœcum. Les premières étaient piquées de gris, comme cela arrive si ordinairement dans l'état normal ; les autres, grisâtres et rougeâtres, d'une épaisseur assez considérable dans le dernier mètre. Leur aspect était comme ondulé, les cryptes n'y étaient pas distinctes, et le tissu cellulaire correspondant avait une couleur plus foncée, et une épaisseur moindre que la mu-

queuse qui le recouvrait. Deux de ces plaques offraient une petite ulcération de 4 millimètres de diamètre, et la plus rapprochée du cœcum en avait environ 130 en surface. — Le gros intestin était très météorisé, avait de 185 à 140 millimètres de développement, du cœcum au rectum, et il contenait une assez grande quantité de matières jaunes, verdâtres, pultacées. Sa membrane muqueuse avait une consistance et une épaisseur convenables, offrait quelques cryptes aplaties, lenticulaires, dans le colon droit. — Les glandes mésentériques étaient volumineuses, surtout près du cœcum, où elles étaient fort ramollies, et d'une couleur rouge obscure et bleuâtre. Trois d'entre elles, placées dans le méso-cœcum, avaient la grosseur d'une petite noix. — Le foie était un peu plus gros que de coutume et adhérait, par toute sa surface convexe, au diaphragme. La vésicule biliaire contenait une petite quantité de liquide d'un jaune trouble, peu épais. Sa membrane muqueuse était rougeâtre, son aspect chagriné presque effacé, son épaisseur augmentée, et on en obtenait aisément, par traction, de larges lambeaux. — La rate était presque triplée de volume, d'un rouge noirâtre, très ramollie, facile à réduire en putrilage, — Le pancréas était rouge dans toute son épaisseur; — le reste sain.

Cette observation, sous quelque rapport qu'on l'envisage me semble offrir beaucoup d'intérêt. Et, pour commencer par ce qui a trait plus particulièrement à l'objet de ce chapitre, je remarquerai que la lésion de l'intestin grêle était une des plus légères que j'aie observées dans les cas d'affection typhoïde; qu'à supposer la mort survenue plus ou moins lentement et non d'une manière subite, il serait impossible de l'expliquer par cette lésion; qu'on ne la concevrait bien

que par l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, si le ramollissement avec amincissement de cette membrane pouvait être considéré, avec certitude, comme le résultat d'une lésion, et non d'une action chimique exercée après la mort, comme le pense le professeur Carswell.

On ne saurait douter d'ailleurs, que l'altération de la muqueuse gastrique, soit l'amincissement, soit l'état mamelonné, n'ait été secondaire, ou consécutive à celle de l'intestin grêle. Car les premiers symptômes, la diarrhée et bientôt le météorisme, indiquaient le canal intestinal comme siége primitif de l'affection; et, à l'ouverture du cadavre, on a trouvé les plaques elliptiques de l'iléum voisines du cœcum, rougeâtres et grisâtres, médiocrement épaissies; les glandes mésentériques correspondantes plus ou moins volumineuses, ramollies et d'un rouge obscur ou bleuâtre; c'est-à-dire, offrant tous les caractères des plaques et des glandes qui passent d'un état inflammatoire plus ou moins violent à l'état naturel; et il n'y eut pas le moindre symptôme gastrique avant le délire. Il est remarquable d'ailleurs, que si l'état inflammatoire des plaques elliptiques de l'iléum avait rétrogradé, les symptômes avaient suivi une marche analogue dans les derniers temps de l'existence du sujet.

Le météorisme qu'il éprouva est aussi très digne d'attention, autant par l'époque de son début, au troisième jour de l'affection, que par sa durée jusqu'à la mort, et par l'état du gros intestin qui en avait été le siége. On a pu remarquer, en effet, qu'ici comme dans la précédente observation, la muqueuse du colon avait, malgré le développement de cet intestin, l'épaisseur qui lui est naturelle; ce qui indique un épaississement réel, et sans doute par une cause indépendante de l'inflammation, puisque cette membrane n'offrait aucune autre lésion qui pût lui être attribuée.

Il convient encore d'observer que dans la supposition où l'intestin grêle aurait concouru, dans les premiers jours de l'affection, au développement du météorisme, on ne pourrait l'attribuer, à cette époque, à des ulcérations dont il y avait à peine des traces, et qui n'existaient certainement pas alors.

L'inflammation de la vésicule biliaire était-elle récente à la mort du sujet? On ne peut que le soupçonner, d'après tout ce que nous avons vu jusqu'ici; mais on ne peut l'affirmer, vu le défaut de symptômes, qui ne permet de fixer aucune époque avant ou après laquelle cette lésion aurait débuté.

Il n'en est pas de même de l'altération de la rate : car la douleur de l'hypocondre gauche au *troisième jour* de l'affection, l'obscurité du son de la poitrine au quatrième, dans le point correspondant à ce viscère, sans que le bruit de la respiration ou la voix indiquassent une altération quelconque du poumon, dans la partie correspondante; ces symptômes ne permettent pas de douter de l'augmentation du volume de la rate à cette époque.

Un dernier fait a dû causer quelque surprise; je veux parler des lésions assez graves des poumons et du défaut de dyspnée, le jour de la mort du sujet. J'ai cité, dans un des chapitres précédents, des cas où la mort ayant eu lieu d'une manière très rapide et dans des circonstances inattendues, le parenchyme pulmonaire offrait une altération analogue; mais alors il y avait eu, pendant quelques heures, une dyspnée plus ou moins grande, la lésion n'avait pas été tout-à-fait latente; et l'absence de cette dyspnée est d'autant plus remarquable ici, que l'état des poumons a très probablement contribué beaucoup à la mort du sujet.

2° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

Comme je l'ai indiqué plus haut, les malades emportés par l'affection typhoïde n'étaient pas les seuls dont on ne pût pas toujours expliquer la mort, par l'état de l'organe primitivement affecté : et, pour ne parler que de ceux qui avaient succombé à la péripneumonie et dont j'ai recueilli l'histoire, je dirai que cinq, sur trente-quatre, furent dans ce cas. Il n'était pas même possible de se rendre compte de la mort de deux d'entre eux, au moyen des lésions de quelque organe que ce fût. Chez les autres, l'altération plus ou moins profonde de la membrane muqueuse de l'un ou de l'autre intestin, ou de toutes les deux à la fois, expliquaient d'une manière satisfaisante la terminaison funeste.

D'ailleurs trois des sujets dont il s'agit avaient succombé à une époque éloignée du début, quand déjà la lésion principale avait rétrogradé, comme nous l'avons vu pour plusieurs cas d'affection typhoïde.

J'ajouterai à tout ceci une remarque, savoir : que les cas de mort subite, ou au moins très rapide et inattendue, au milieu de la convalescence d'une maladie légère, ou même dans un état de santé en apparence parfait, et dont il est impossible de se rendre compte par l'état des organes, ne sont pas très rares (1) ; qu'ainsi, loin de nous étonner de ne pas toujours pouvoir expliquer la mort des malades par le désordre de l'organe affecté primitivement, nous devons être surpris de pouvoir le faire si souvent en tenant compte de l'état des autres viscères ; que

(1) Voyez mon Mémoire sur les morts subites.

quand la proportion des cas dans lesquels cette explication ne pourrait avoir lieu, serait beaucoup plus considérable que celle que j'ai indiquée pour l'affection typhoïde (quatre sur quarante-six), cela ne formerait pas un trait caractéristique de ces maladies, d'après ce qui vient d'être rapporté tout à l'heure, au sujet d'autres affections aiguës, de la pneumonie en particulier ; maladies dont je dois rapprocher, sous le point de vue qui nous occupe, le choléra asiatique et la fièvre jaune (1), dans lesquels les cas de mort qu'on ne saurait expliquer par l'état des organes, sont beaucoup plus nombreux que dans la fièvre typhoïde.

Il n'a été question jusqu'ici que des solides; mais les liquides ne sont pas une cause de mort moins évidente, puisque leur altération, dans le cours des affections aiguës, ne saurait laisser de doute. Il faut donc ajouter cette altération à toutes les autres, bien qu'il ne soit pas possible, dans l'état actuel de la science, d'en déterminer la valeur.

Un autre fait ne doit pas nous échapper ; c'est que les altérations de fonctions, quelle qu'en soit la cause, qu'elle tombe ou ne tombe pas sous les sens, doivent encore entrer en ligne de compte relativement à l'objet qui nous occupe. Qu'importe la cause de la dyspnée, si elle est assez considérable pour intercepter quelque temps la respiration? Les altérations des fonctions cérébrales, que le cerveau soit altéré d'une manière appréciable dans le cours de la maladie qui nous occupe, ou qu'il ne le soit pas, ne pourraient-elles pas elles-mêmes suffire, dans quelques circonstances, pour expliquer la mort (2)?

(1) Voyez mes *Recherches sur la fièvre jaune* de Gibraltar, imprimées en anglais à Boston 1840.

(2) Voyez, dans le deuxième volume, ce que j'ai dit à ce sujet en parlant du délire.

RÉSUMÉ.

Après être entré dans tous les détails qui m'ont paru nécessaires à la connaissance approfondie des faits anatomiques, sur l'ensemble desquels reposent les deux premières parties de cet ouvrage, je vais essayer de les reproduire dans un cadre étroit. Ainsi rapprochés, le lecteur saisira mieux l'ensemble, le caractère, les causes et l'importance des lésions que j'ai décrites.

1° Le *pharynx* offrait une ou plusieurs lésions, dans la sixième partie des cas : des fausses membranes, une infiltration purulente dans le tissu cellulaire sous-muqueux, le plus ordinairement des ulcérations.

2° Il n'y avait dans l'*œsophage* qu'une seule espèce d'altération, des ulcérations, qui se trouvaient à peu près chez le même nombre d'individus que celles du pharynx; tantôt rares, tantôt nombreuses, presque toujours peu considérables.

3° Le volume de l'*estomac* était rarement augmenté. Sa membrane muqueuse était dans l'état naturel chez onze sujets; ramollie et amincie par bandes, ou d'une manière continue, chez neuf; ulcérée chez quatre; plus ou moins mamelonnée, ramollie à divers degrés et dans une étendue variable, avec ou sans altération de couleur, chez les autres.

4° L'*intestin grêle* était météorisé dans quatorze cas, à un degré remarquable dans deux seulement; et il offrait des invaginations du bout supérieur dans l'inférieur, chez trois sujets. — Sa membrane muqueuse, à part les plaques elliptiques, était blanche chez un peu moins de la troisième partie des individus; rouge, dans une longueur variable, chez dix-sept, grisâtre; chez onze, d'une bonne consistance,

dans toute son étendue, dans la cinquième partie des cas; ramollie dans une longueur et à un degré plus ou moins considérables dans les autres. — Il y avait des cryptes solitaires plus ou moins développées, près du cœcum, chez le quart des sujets. Chez *tous*, les *plaques elliptiques* étaient plus ou moins altérées, et leur altération était d'autant plus grave et plus profonde, qu'elles étaient plus voisines du cœcum, près duquel avaient toujours lieu les perforations. Le tissu cellulaire correspondant était aussi constamment altéré; en sorte qu'il n'est pas possible de décider, d'une manière rigoureuse, si la lésion des plaques de Peyer commençait par ce tissu, ou par la membrane muqueuse; ou si ces deux membranes étaient envahies en même temps par elle.

5° Le *gros intestin* était météorisé dans plus de la moitié des cas, ordinairement à un degré remarquable; et alors ses parois conservaient l'épaisseur qui leur est naturelle, ou même en acquéraient une plus considérable; comme on l'observe pour l'intestin grêle quand il est distendu par des matières fécales, dans l'étranglement. — Sa membrane muqueuse était blanche chez treize sujets, rouge dans une étendue variable chez vingt, grisâtre chez neuf; d'une consistance naturelle chez la quatrième partie des individus; ramollie à divers degrés, dans une longueur plus ou moins considérable, et quelquefois épaissie, chez les autres. Huit offraient un plus ou moins grand nombre de cryptes lenticulaires, rarement ulcérées; quatre, des plaques dures, petites, arrondies, d'ailleurs semblables à celles de l'iléum; quatorze, des ulcérations, ordinairement peu nombreuses, superficielles et de peu d'étendue.

6° Les *glandes lymphatiques* s'éloignaient souvent de l'état normal. — Celles du mésentère qui répondaient aux plaques elliptiques de l'iléum plus ou moins altérées, étaient rouges,

épaissies, ramollies, etc., etc., dans *tous* les cas; et cette triple altération offrait des variétés plus ou moins remarquables aux différentes époques de la maladie. Les glandes mésentériques qui répondaient à des plaques elliptiques *saines*, présentaient encore la même altération, chez la quatrième partie des sujets, mais à un degré beaucoup moindre. — Les glandes mésocolites étaient aussi le siége d'une lésion analogue, ordinairement grave, mais non dans tous les cas. — Les glandes cervicales et celles de la grande et de la petite courbure de l'estomac étaient quelquefois rouges et épaissies, et au même degré que les glandes mésentériques correspondantes aux plaques saines. — Les ganglions lymphatiques placés autour des conduits biliaires étaient violemment enflammés dans deux cas.

7° Dans tous, à quatre exceptions près, la *rate* était plus ou moins profondément altérée; ordinairement épaissie et ramollie, assez souvent quadruplée ou quintuplée de volume, et constamment très volumineuse quand son ramollissement existait à un haut degré.

8° Le *foie* avait rarement un volume un peu plus ou un peu moins considérable que dans l'état ordinaire. Il était ramolli chez la moitié des sujets, à un degré remarquable chez quelques-uns, et, ordinairement alors, il avait une couleur pâle, contenait peu de sang, offrait, à la surface des incisions qui y étaient pratiquées, un aspect aride.

La *bile* était fort abondante, très liquide, roussâtre ou verdâtre dans la majorité des cas, et quelquefois trouble. — La *vésicule* contenait un véritable pus chez trois sujets, et sa membrane muqueuse était plus ou moins rouge et épaisse dans les mêmes cas.

9° Les *reins* étaient ramollis et augmentés de volume chez quelques individus, assez évidemment enflammés chez

l'un d'eux, ordinairement sains. — La membrane interne des *bassinets* était plus ou moins rouge et épaissie dans deux cas; celle de la *vessie* dans deux autres; et, dans un troisième, elle offrait une petite ulcération près du méat urinaire.

10° Il n'y eut d'inflammation des *parotides* que chez un sujet.

11° Le *cœur* était sain dans un peu plus de la moitié des cas, plus ou moins ramolli dans les autres, et quelquefois à un degré extrême. Alors il avait une couleur rouge livide; ses parois étaient amincies, très faciles à déchirer, et ses cavités ne contenaient que quelques gouttes de sang mêlé d'air; ou bien, ce liquide était caillé, non fibrineux. L'opposé avait lieu chez les individus dont le cœur était sain. — L'*aorte* avait une couleur rouge plus ou moins claire dans presque tous les cas où le cœur était mou; et quelquefois alors sa membrane interne était ramollie et plus épaisse que d'ordinaire. Cette coloration rouge était rare dans les cas où le cœur était sain, et alors elle était fort légère.

12° L'*épiglotte* était rouge, épaissie à son pourtour, et revêtue par une fausse membrane, chez deux sujets. Elle offrait, avec le même épaississement, une destruction partielle, peu étendue, à son sommet ou latéralement, chez la sixième partie des individus.

13° Le *larynx* était tapissé par une fausse membrane dans trois cas; on y voyait une petite ulcération dans un quatrième.

14° Les *poumons* étaient dans l'état naturel, ou à très peu près, chez la troisième partie des sujets; splénisés ou hépatisés, chez les autres, dans une étendue ordinairement peu considérable; que ces deux lésions existassent isolément ou simultanément.

15° Les *plèvres* contenaient de 90 à 900 grammes de

sérosité sanguinolente, dans un peu moins de la moitié des cas.

16° L'*arachnoïde* était tapissée, dans une médiocre étendue, à la partie supérieure du cerveau, par une fausse membrane extrêmement molle, chez deux sujets. — La substance corticale de ce viscère était plus ou moins rose ou rouge chez dix-sept, sa substance médullaire, injectée dans la plupart des cas, ordinairement à un médiocre degré. L'une et l'autre étaient un peu ramollies chez sept sujets. Il y avait un ramollissement partiel, peu considérable, borné à la cloison demi-transparente, ou à l'une des couches optiques, chez deux autres. — Le cervelet présentait les mêmes lésions que le cerveau, dans un moins grand nombre de cas.

17° Enfin, la *peau* offrait des traces profondes d'érysipèle phlegmoneux, chez quatre sujets. Elle était épaissie ou amincie, ou partiellement ulcérée, ou complétement détruite, là où des vésicatoires avaient été appliqués. — Sa destruction était encore complète sur le sacrum, chez un assez grand nombre d'individus. — A part les cas d'érysipèle, le tissu cellulaire sous-cutané n'offrait d'altération que chez deux sujets. C'était un abcès au-dessous de la mâchoire inférieure, chez l'un, et un emphysème au cou, chez l'autre.

Ces lésions, qui se trouvaient réunies en plus ou moins grand nombre dans tous les cas, n'étaient pas toutes de la même nature, ne reconnaissaient pas toutes la même cause, n'étaient pas également fréquentes chez les sujets emportés à différentes époques de la maladie, ne se développaient pas dans la même période.

Relativement à leur nature ; les unes avaient pour cause plus ou moins directe l'inflammation, les autres en paraissaient indépendantes. — Au nombre des premières, sont : les fausses membranes du pharynx et des voies aériennes, l'in-

filtration du pus dans le tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx, les ulcérations de cet organe, celles de l'œsophage et de l'estomac ; l'état mamelonné de la membrane muqueuse de ce viscère ; son ramollissement dans quelques cas ; l'altération plus ou moins profonde des plaques elliptiques de l'iléum ; celle des glandes mésentériques correspondantes ; le ramollissement de la membrane interne du gros intestin, chez plusieurs sujets ; ses plaques dures, ses ulcérations ; le gonflement et le ramollissement des glandes mésocolites ; la rougeur unie à l'épaississement de la muqueuse de la vésicule biliaire ; l'épaississement et la rougeur des bassinets ; le ramollissement des reins eux-mêmes, dans un cas ; la destruction partielle de l'épiglotte ; l'hépatisation ou l'engouement des poumons ; les fausses membranes de l'arachnoïde ; enfin, l'érysipèle, les eschares du sacrum, l'ulcération ou l'épaississement de la peau dans les points où des vésicatoires avaient été appliqués. — Les altérations indépendantes de l'inflammation, sont : le ramollissement pâle du foie, et celui du cœur ; la rougeur de l'aorte, évidemment du moins dans le plus grand nombre des cas ; le ramollissement simple des membranes muqueuses de l'estomac, de l'un et de l'autre intestin ; le ramollissement avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, quelquefois la destruction de ses parois ; la splénisation des poumons ; l'épanchement de sérosité sanglante dans les plèvres ; les différents états de la rate ; le ramollissement général du cerveau, la couleur plus ou moins rose ou rouge de la substance corticale de ce viscère.

Le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac, de celle de l'intestin grêle et du colon ; celui du foie, du cœur, etc., méritent surtout d'être remarqués, à raison de l'impossibilité où l'on se trouve aujourd'hui d'en

assigner la nature ou la véritable cause, de démontrer, rigoureusement, qu'il est le résultat de la décomposition cadavérique commençante, seule, ou aidée de l'action chimique des liquides : de telle sorte qu'on est porté à croire que, dans la plupart des cas, le ramollissement simple a commencé pendant la vie.

Quelques-unes des lésions inflammatoires, les ulcérations du pharynx, de l'œsophage et de l'épiglotte, n'avaient pas lieu chez les sujets morts du huitième au quinzième jour de l'affection; elles étaient plus fréquentes chez ceux qui avaient succombé du seizième au trentième, que chez ceux qui avaient été emportés après cette époque. Les autres lésions étaient aussi généralement moins marquées dans cette dernière période que dans les premières surtout.

Mais si certaines lésions étaient moins prononcées et moins fréquentes chez les sujets morts après le trentième jour de l'affection, que chez ceux qui avaient succombé plus tôt, cette différence tenait-elle à ce que ces lésions avaient toujours été dans une proportion moindre, dans les cas dont il s'agit; ou bien à ce qu'elles avaient rétrogradé? Cette question est d'autant plus naturelle, que l'altération des plaques elliptiques de l'iléum et celle des glandes mésentériques, avaient évidemment suivi une marche rétrograde, chez un assez grand nombre de sujets dont j'ai donné l'histoire.

Bien que la marche rétrograde soit très probable pour un certain nombre de cas, tous les faits ne déposent pas, à beaucoup près, en sa faveur. Car, si cette marche rétrograde, peut-on dire, avait eu lieu; si la différence de proportion qui nous occupe ne pouvait être rapportée qu'à elle, cette différence devrait être nulle pour les lésions qui laissent des traces profondes, les ulcérations du pharynx et de l'œsophage.

la destruction partielle de l'épiglotte; et cette différence est grande. D'ailleurs, si ces lésions eussent été les mêmes chez tous les sujets, comment concevoir que la mort fût arrivée après quelques jours de maladie chez les uns, après un temps considérable chez les autres, quand d'ailleurs il n'y avait pas une extrême différence dans l'état de l'intestin grêle? A moins toutefois d'admettre que les lésions secondaires ne sont d'aucune importance, ce qui est impossible; ou de dire, qu'existant chez les divers groupes de sujets dans la même proportion, elles y étaient à des degrés différents. Mais cette dernière manière de voir n'étant qu'une supposition, ne mérite pas qu'on s'y arrête. Les raisons les plus concluantes en faveur de la rétrogradation des lésions, dans un certain nombre de cas, c'est, il me semble, d'une part, que cette rétrogradation a incontestablement lieu pour les plaques elliptiques et les glandes du mésentère; de l'autre, que la couleur grisâtre des membranes muqueuses du conduit digestif n'existait pas chez les sujets emportés du huitième au vingtième jour de l'affection, mais presque uniquement chez ceux qui avaient succombé après le vingt-cinquième; et que cette couleur est une de celles par lesquelles passent les organes enflammés pour revenir à leur état naturel.

De toutes ces lésions une seule étant constante, ayant lieu chez tous les sujets, je veux parler de celle des plaques elliptiques de l'intestin grêle, à laquelle on pourrait ajouter l'altération des glandes mésentériques, je l'ai regardée comme inséparable de l'existence de l'affection qui nous occupe, comme en formant le caractère anatomique. Et comme elle était plus ou moins profonde chez quelques sujets morts au huitième jour de la maladie; comme, chez le très grand nombre, les premiers symptômes indiquaient une lésion du canal intestinal; comme les altérations de l'intestin grêle étaient

plus profondes que celles du colon, qui était sain dans un assez grand nombre de cas; j'ai dû en conclure que l'altération des plaques elliptiques commençait au début de la maladie (1).

Encore que les autres lésions ne pussent être considérées que comme accessoires ou consécutives, elles débutaient assez souvent de très bonne heure; puisque plusieurs d'entre elles étaient plus profondes chez les sujets emportés du huitième au quinzième jour de la maladie, que chez ceux qui avaient succombé à une époque plus avancée.

Le caractère anatomique de l'affection typhoïde devenait encore plus évident, par la comparaison des lésions qui viennent d'être rappelées avec celles qu'offraient les individus emportés par d'autres affections aiguës. Car, si l'on en excepte l'état des plaques elliptiques de l'iléum, les ulcérations du pharynx, de l'œsophage et de l'épiglotte, qui n'avaient lieu chez aucun d'eux, ces lésions étaient les mêmes. Il n'y avait de différence que dans la proportion des cas où on les rencontrait, et pour quelques organes seulement : car pour d'autres, pour la muqueuse gastro-intestinale, par exemple, cette proportion ne différait pas sensiblement. La membrane muqueuse de l'estomac était même plus fréquemment dans l'état naturel, à la suite de l'affection typhoïde, que chez les sujets qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës. Et comme on ne peut pas dire qu'une péripneumonie est une gastro-péripneumonie, bien qu'on trouve fréquemment, à l'ouverture de ceux qui succombent à l'inflammation du parenchyme pulmonaire, une altération plus ou moins profonde de la muqueuse gastrique, on ne peut pas dire davantage qu'une affection typhoïde est une gastro-entérite.

Mais ces fréquentes lésions de la membrane muqueuse

(1) On verra plus tard si ce début doit être considéré comme constant.

des voies digestives et d'une foule d'autres organes, chez des sujets qui succombent aux maladies aiguës les plus variées, prouvent que quand une affection de cette espèce donne lieu à un mouvement fébrile de quelque durée, la plupart de nos viscères sont bientôt le siége de lésions plus ou moins profondes; la muqueuse digestive comme les autres, pas plus souvent, moins souvent même que quelques autres, la rate, par exemple, qui était plus ou moins altérée dans tous les cas d'affection typhoïde, hors quatre. Loi importante, qui peut, si je ne m'abuse, simplifier beaucoup l'étude de la pathologie, qu'on aurait peut-être dû trouver *à priori*; car quelle cause plus capable, en apparence, d'exciter toutes sortes de maladies et de lésions, qu'un mouvement fébrile plus ou moins violent, et quelquefois de longue durée?

Les ulcérations du pharynx et de l'œsophage n'ayant eu lieu que chez les individus atteints de l'affection qui nous occupe, mais non dans tous les cas, elles doivent encore former un de ses caractères anatomiques, mais *secondaires*. Caractère précieux néanmoins, en ce qu'il suffirait de quelques ulcérations au pharynx ou à l'œsophage, chez un sujet qui aurait succombé à une maladie aiguë, pour en indiquer, avec une certitude presque absolue, la nature.

Il faut en dire à peu près autant de la destruction de l'épiglotte. Les ulcérations du gros intestin ont encore, jusqu'à un certain point, quelque chose de propre à l'affection typhoïde; étant beaucoup plus rares à la suite des autres maladies aiguës, qui ne m'en ont offert que trois exemples. A part ces cas et un quatrième, relatif à une petite ulcération du larynx, chez un péripneumonique, je n'ai trouvé d'ulcération, parmi les sujets morts de maladies

aiguës, que chez ceux qui avaient succombé à l'affection qui fait l'objet spécial de ces recherches. D'où il faut conclure, qu'elle est distincte des autres, non-seulement par son siége et par le caractère de la lésion qui lui est propre, mais par une disposition profonde imprimée aux tissus membraneux, qui les dispose à l'ulcération. En sorte que, sous ce rapport, l'*affection typhoïde est aux autres maladies aiguës, ce qu'est la phthisie aux maladies chroniques.*

Les altérations de la rate ont aussi quelque chose de propre à l'affection typhoïde, puisqu'elles ont eu lieu chez tous les sujets qui y avaient succombé, hors quatre; et, sans exception, chez tous ceux qui succombèrent du huitième au quinzième jour. Elles étaient beaucoup moins fréquentes à la suite des autres affections, dans lesquelles je ne leur ai pas vu atteindre le *maximum* du développement qu'elles offraient chez plusieurs fiévreux. Il y avait même, sous ce rapport, une sorte d'opposition entre les sujets morts d'affection typhoïde et ceux qui avaient succombé à d'autres maladies aiguës; le ramollissement de la rate étant plus souvent réuni chez ces derniers à la petitesse de son volume, qu'à un volume considérable; ce qui était le contraire chez les individus emportés par l'affection qui nous occupe.

L'affection typhoïde a été étudiée tout récemment, avec beaucoup de soin, chez les enfants, par deux jeunes et habiles médecins, M. Rilliet (1) et M. Taupin (2). Les résul-

(1) *De la fièvre typhoïde chez les enfants;* thèse présentée à la Faculté de médecine de Paris, le 5 janvier 1840, par M. Rilliet, de Genève, et extraite des manuscrits présentés à l'administration des hôpitaux, au mois de septembre 1839, au sujet du concours de la médaille d'or.

(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1839 et 1840.

tats de leurs études, envisagés sous le rapport anatomique, ne diffèrent pas essentiellement de ceux que je viens de rappeler; et le lecteur s'en convaincra sans peine par l'exposition abrégée que je vais en faire.

Ainsi, dans tous les cas d'affection typhoïde terminée par la mort, MM. Rilliet et Taupin ont trouvé les plaques elliptiques de Peyer plus ou moins rouges, boursouflées, épaissies, ulcérées ou non ulcérées; chez plusieurs sujets avec un commencement de cicatrisation; et, comme chez l'adulte, ils ont vu l'altération des plaques d'autant plus profonde, d'autant plus étendue, qu'ils l'étudiaient dans un point plus rapproché de la valvule iléo-cœcale. Mais tandis que M. Taupin passe sous silence, au moins dans la description générale, l'état du tissu cellulaire qui fait partie des plaques, M. Rilliet dit positivement que ce tissu n'offre pas d'altération appréciable dans un grand nombre de cas; et un fait cité par lui ne permet pas de douter qu'il en soit ainsi quelquefois : ce qui doit être extrêmement rare chez l'adulte, d'après ce qui a été rapporté, jusqu'ici, dans le cours de cet ouvrage.

Cependant la distinction que j'ai établie entre les plaques chez l'adulte, se réalise encore dans l'enfance : de telle sorte que M. Rilliet a observé les plaques dures deux fois sur seize cas, et M. Taupin, cinq fois sur vingt : proportion qui ne diffère pas beaucoup de celle que j'ai rencontrée moi-même à un autre âge de la vie, chez une masse de sujets un peu plus considérable. Ce qu'il faut remarquer cependant ici, d'après M. Rilliet, c'est que les plaques dures, quand elles existent chez l'enfant, y sont beaucoup moins nombreuses que chez l'adulte.

Suivant toutes les apparences, la marche de la lésion qui nous occupe ne diffère pas beaucoup chez l'enfant et chez

l'adulte. Si M. Rilliet n'a pas trouvé d'ulcérations avant le vingtième jour de la maladie, M. Taupin en a rencontré une commençante au quinzième. Dix-sept fois sur vingt, le même médecin a trouvé les plaques de Peyer plus ou moins ulcérées, et, dans dix cas, les ulcérations étaient en voie de cicatrisation, chez des sujets qui avaient succombé du dix-huitième au vingtième jour de la maladie : faits qui sembleraient indiquer, contrairement aux premiers, que les ulcérations des plaques de Peyer, chez les enfants, ont, dans un certain nombre de cas, une marche beaucoup plus rapide qu'on n'aurait été tenté de le croire ; car entre l'ulcération et la cicatrisation, il s'écoule nécessairement un certain nombre de jours.

La perforation de l'iléum, le dernier degré de la lésion dont il s'agit, eut lieu chez deux des vingt sujets ouverts par M. Taupin.

D'ailleurs, comme chez l'adulte, la membrane muqueuse de l'intestin grêle intermédiaire aux plaques, n'a été manifestement enflammée, que chez un certain nombre d'enfants, et seulement chez quelques-uns de ceux qui ont été emportés après neuf jours de maladie.

L'altération des *ganglions mésentériques* n'est pas moins caractéristique de la fièvre typhoïde chez l'enfant que chez l'adulte, dit M. Rilliet, qui n'a trouvé les ganglions dont il s'agit d'un gris rose, d'une bonne consistance, que dans les cas où la cicatrisation des plaques de Peyer était très avancée, ou complète : c'est-à-dire à une époque où les lésions les plus graves, les plus caractéristiques, avaient rétrogadé, au moins dans un grand nombre de cas.— Des faits semblables ont été observés par M. Taupin qui, dans tous les cas, hors deux, même dans quelques-uns de ceux où la cicatrisation était assez avancée, a trouvé les ganglions mésentériques

très volumineux, mous et colorés en rouge brun ou noirâtre.

MM. Rilliet et Taupin ont trouvé la membrane muqueuse du *colon* assez fréquemment lésée. Parmi les cas observés par M. Taupin, trois sur vingt étaient l'exemple d'une colite intense, c'est-à-dire avec rougeur, ramollissement, épaississement de la membrane muqueuse du gros intestin, qui était sain dans douze autres cas. La même membrane ne s'éloignait pas sensiblement de l'état naturel dans cinq des cas observés par M. Rilliet.

Le même accord existe entre nos deux auteurs relativement à la membrane muqueuse de l'*estomac*. M. Rilliet l'a trouvée ulcérée dans un cas, M. Taupin dans trois, et, dans l'un de ces derniers, se trouvaient des cicatrices complètes ou incomplètes. L'un et l'autre ont vu la membrane muqueuse dont il s'agit manifestement enflammée dans quelques cas ; mais aussi, cette membrane était saine chez dix des vingt sujets de M. Taupin, et chez neuf des seize qui ont été ouverts par M. Rilliet. C'est-à-dire que dans l'enfance comme après l'enfance, l'affection typhoïde ne peut, sous aucun rapport, être considérée comme une gastro-entérite.

L'*œsophage* n'était le siége d'aucune ulcération dans les cas observés par M. Rilliet ou par M. Taupin.

Ce dernier a cité un cas d'ulcérations au *pharynx* vers la base de l'épiglotte. L'un et l'autre ont observé quelques exemples de fausses membranes sur la membrane muqueuse du pharynx.

Si, chez deux sujets observés par M. Taupin, la *rate* était peu volumineuse, ferme, ou d'une consistance normale ; chez tous les autres son volume était augmenté, sa coloration plus foncée que dans l'état normal, sa consistance un peu diminuée. Une fois la rate ressemblait à un caillot volumineux,

dit l'auteur, et deux fois elle contenait des foyers apoplectiques. — M. Rilliet a trouvé la rate moins souvent lésée que M. Taupin, en sorte que ce viscère avait son volume et sa consistance ordinaires, chez quatre des seize sujets ouverts par lui. Mais ces quatre sujets avaient succombé de vingt à soixante jours après le début des premiers accidents, c'est-à-dire à une époque à laquelle les diverses altérations que présente ordinairement la rate, chez les malades emportés par l'affection typhoïde, pouvaient bien avoir rétrogradé.

Le *larynx* était tapissé par une fausse membrane, dans un des cas observés par M. Taupin, qui a vu aussi une ulcération du même organe dans un autre cas. Cette dernière lésion avait encore lieu chez un jeune enfant dont M. Rilliet a recueilli l'histoire, et qui mourut au dix-huitième jour de sa maladie.

Les *poumons* étaient plus ou moins profondément altérés dans tous les cas observés par M. Taupin. Mais les altérations qu'ils présentaient (engouement, hépatisation, ecchymoses) étaient variées. Aucune d'entre elles n'avait lieu dans tous les cas, ne présentait de caractère qui pût la distinguer des altérations analogues qu'on rencontre chez tous les sujets du même âge qui succombent à des maladies aiguës autres que l'affection typhoïde. Il en était de même chez les sujets dont M. Rilliet nous fait connaître l'histoire, et dont trois seulement avaient le parenchyme pulmonaire sain. D'où il faut conclure qu'avant comme après quinze ans, les poumons n'offrent aucune lésion qui leur soit propre, chez les sujets qui succombent à l'affection typhoïde, et qu'on ne saurait y trouver, malgré l'assertion contraire d'un contemporain, le caractère anatomique de cette maladie ou de l'une de ses formes.

M. Rilliet et M. Taupin sont encore arrivés à des résultats analogues relativement aux centres nerveux. Ainsi, dans aucun des seize cas où M. Taupin a examiné le cerveau avec soin, il n'y a trouvé de lésion considérable, ou qui pût rendre un compte satisfaisant du délire et des autres désordres des fonctions cérébrales. Deux fois il l'a trouvé un peu mou et injecté, une fois un peu mou et œdémateux, deux fois beaucoup plus ferme que dans l'état normal, six fois un peu injecté seulement. Dans les autres cas observés par M. Taupin, le cerveau ne présentait pas la moindre altération, et c'est très vainement que ce médecin y a cherché les ulcérations superficielles signalées par M. Piédagnel, et comparées, par lui, aux ulcérations du tube digestif. La pulpe cérébrale n'était le siége d'aucune lésion appréciable dans les cas observés par M. Rilliet.

Le même médecin n'a vu de trace d'inflammation des méninges dans aucun cas; et il en a été de même de ceux qui ont été observés par M. Taupin.

J'ajouterai que les faits, au nombre de 18 à 20, observés par M. Rilliet, depuis l'impression du mémoire dont j'ai donné une analyse abrégée, confirment pleinement ses premières recherches; que dans aucun de ces nouveaux cas il n'a trouvé de ramollissement ou d'ulcération de la substance cérébrale, malgré le soin minutieux qu'il a apporté dans ses recherches.

Ainsi, comme je l'avais annoncé d'abord, les faits publés par M. Rilliet et par M. Taupin montrent que le caractère anatomique de l'affection typhoïde est le même chez l'enfant et chez l'adulte; que ce caractère consiste dans une altération plus ou moins profonde des plaques

de Peyer; qu'il ne faut le chercher ni dans le cerveau ni dans les poumons, quelle que soit d'ailleurs la forme de l'affection; que chez les enfants de moins de quinze ans, comme chez les individus qui ont dépassé cet âge, les lésions secondaires, ordinairement inflammatoires, sont aussi plus ou moins fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde.

Que penser maintenant de la doctrine de la dérivation et de la révulsion, ou de la possibilité de détruire une inflammation par une autre inflammation, à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie? Car je ne parle pas des simples douleurs qu'on peut souvent éteindre par une douleur nouvelle. Comment croire à la vérité de cette doctrine, quand c'est une loi de notre économie qu'une inflammation amène une foule de lésions secondaires, et ordinairement une inflammation nouvelle? Sans doute il n'y aurait aucune observation à faire, aucun doute à élever; il faudrait attendre du temps des faits capables de concilier des faits contradictoires, et se soumettre, si l'expérience avait parlé. Mais l'expérience a-t-elle réellement parlé? Où sont les faits qui prouvent, d'une manière *irrécusable*, l'utilité des dérivatifs et des révulsifs, dans les cas dont il s'agit? N'a-t-on pas pris pour effet de simples coïncidences? On verra, dans la quatrième partie de cet ouvrage, combien cette confusion est probable; et il me semble que si le tableau des lésions que je viens de rappeler ne suffit pas pour renverser la doctrine de la dérivation, telle au moins qu'on l'admet généralement, il doit exciter, dans les meilleurs esprits, bien des doutes sur l'utilité des préceptes dont elle est la base, et, avec ces doutes, le désir de voir cette doctrine en regard de nouveaux faits.

TROISIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DES SYMPTOMES.

Cette partie contiendra, dans autant de chapitres, l'histoire des symptômes, les signes diagnostics de la maladie, les symptômes de la perforation de l'intestin grêle, le pronostic; enfin ce qui est relatif à la nature et aux causes de l'affection.

CHAPITRE PREMIER.

DES SYMPTOMES.

1° *Chez des sujets qui ont succombé.*

Les individus atteints d'affection typhoïde étaient jeunes, avaient de dix-sept à trente ans, terme moyen vingt-trois; aucun quarante. Presque tous étaient habituellement d'une bonne santé, d'une constitution assez forte, d'un embonpoint médiocre, à Paris depuis peu de temps, de deux à trente mois (1). Ils se trouvaient, au moment du début, dans des circonstances variées. Les uns s'étaient livrés au travail avec excès; le plus grand nombre avec mesure; quelques-uns éprouvaient des inquiétudes ou des chagrins

(1) Voyez pour les détails le chapitre des causes.

depuis un certain temps; la plupart se félicitaient d'être à Paris, y prenaient une meilleure nourriture que là où ils se trouvaient auparavant; et, à une exception près, aucun n'avait éprouvé de privations.

La maladie débutait à différentes époques de la journée, à jeun, après ou dans le cours d'un repas, ordinairement avec une certaine violence, par des frissons accompagnés de tremblement, la céphalalgie, des lassitudes universelles, l'anorexie, la soif, quelques douleurs de ventre; et, dans la majeure partie des cas, des selles liquides se joignaient à ces symptômes, dans les premières vingt-quatre heures. La chaleur succédait aux frissons; ceux-ci se renouvelaient plusieurs jours de suite, chez presque tous les sujets, ordinairement le soir, ou quand les malades se mettaient au lit: puis la chaleur était permanente, plus ou moins vive, et presque toujours sèche.

Ces symptômes, qui n'avaient rien de caractéristique, et indiquaient seulement que la maladie avait son siége dans l'abdomen, acquéraient successivement plus d'intensité. Un peu plus tôt, un peu plus tard, à des distances variées du début, d'autres accidents s'y joignaient et donnaient à l'affection la physionomie qui lui est propre. Ces accidents étaient relatifs aux fonctions cérébrales, à celles des organes des sens ou de l'abdomen, et ils se présentaient de la manière suivante.

Les malades éprouvaient une faiblesse peu proportionnée aux autres symptômes et à la gravité apparente de l'affection, des éblouissements dès qu'ils faisaient un pas, se tenaient debout, ou simplement à leur séant. Ils avaient de la somnolence, d'abord à un faible degré, bientôt à un degré considérable, de manière à y retomber aussitôt qu'on cessait de les interroger. Leur mémoire était lente, quoique

assez ordinairement sûre ; l'exercice des facultés intellectuelles leur répugnait beaucoup ; ils étaient indifférents à ce qui se passait autour d'eux, presque toujours aussi à leur propre situation ; et plusieurs de ceux qui avaient des selles involontaires ne demandaient pas même à être nettoyés. Bien que dans un continuel assoupissement, ils se plaignaient de ne pas dormir, n'ayant qu'un sommeil fatigant, troublé par des rêves, auquel ils cherchaient inutilement à résister. — Le délire se joignait, dans beaucoup de cas, à la somnolence ; il la précédait bien rarement, débutait deux, trois, cinq ou six jours et plus après elle ; tantôt léger, n'ayant lieu que pendant la nuit ; tantôt un peu plus marqué, presque continu ; tantôt agité, furieux, de manière qu'on était obligé de maintenir les malades dans leur lit avec le gilet de force : et, comme la somnolence, le délire persistait jusqu'au terme fatal, si ce n'est chez quelques individus dont l'affection traîna en longueur.

Des bourdonnements d'oreille avaient lieu chez un assez grand nombre de malades, quelquefois unis à une certaine dureté de l'ouïe. Celle-ci débutait ordinairement un peu plus tard, augmentait par degrés, devenait extrême chez quelques sujets dont il n'était pas possible de se faire entendre. — Les yeux étaient injectés, plus ou moins cuisants, quelquefois d'une teinte rose uniforme, bien rarement dès le début ; et quelques malades voyaient les objets comme à travers un nuage épais, ou confusément, alors même qu'ils étaient couchés dans leur lit. Il y eut un léger strabisme dans un cas. — Beaucoup d'individus avaient des saignements de nez dont ils n'éprouvaient aucun soulagement. — Presque tous offraient, à la surface du corps, une éruption de taches roses, lenticulaires, plus ou moins rapprochées, qui apparaissaient ordinairement vers le dixième jour de l'affec-

tion, bien rarement le sixième, jamais avant; et cette éruption ne variait pas moins pour la durée que pour l'abondance. Des sudamina s'y joignaient assez fréquemment.

Le ventre se météorisait, conservait bien rarement jusqu'à la fin le volume et la forme qui lui sont naturels; et le météorisme, qui resta toujours peu considérable chez quelques sujets, devenait progressivement plus marqué chez les autres; de manière que, chez un certain nombre d'entre eux, le ventre dépassait le niveau de la poitrine. Dans quelques cas aussi l'excès de volume de la rate était manifeste.

En même temps que ces trois ordres de symptômes, tous plus ou moins caractéristiques, se développaient, la diarrhée faisait ordinairement de nouveaux progrès; les selles devenaient involontaires, quand le délire était considérable, et, chez quelques individus, les matières fécales étaient unies à une assez grande quantité de sang. — La langue, qui n'offrit rien de remarquable dans un assez grand nombre de cas, était ordinairement collante ou sèche, tantôt rousse ou rouge, encroûtée ou non encroûtée, fendillée ou non fendillée, sans épaississement, tantôt noirâtre et plus ou moins épaisse. Plusieurs malades la tiraient de la bouche avec peine, tremblante, la laissaient entre leurs dents, et oubliaient de la rentrer. — La déglutition était parfois gênée, l'arrière-bouche plus ou moins enflammée. — Quelques individus avaient des douleurs à l'épigastre et des nausées; un moins grand nombre des vomissements; et ceux-ci avaient ordinairement lieu dans les derniers temps de l'affection. — L'affaiblissement devenait chaque jour plus marqué; les malades tremblaient sur leurs jambes, avaient la démarche de gens ivres, s'en plaignaient même quelquefois, puis ne satisfaisaient qu'avec peine à leurs besoins; bientôt même

ils en étaient incapables, pour la plupart, et passaient toute, ou la plus grande partie de la journée dans la même position, ordinairement sur le dos, se laissant manier comme des corps inertes. Alors les tuguments qui recouvrent le sacrum devenaient rouges, s'excoriaient, et étaient plus ou moins promptement frappés de gangrène ; les plaies des vésicatoires se couvraient d'un pus de mauvaise qualité, offraient une couleur livide, et, dans quelques cas, des ulcérations, ou même une destruction complète de la peau, dans une étendue plus ou moins considérable. — La chaleur était sèche, ordinairement très élevée; les frissons n'avaient lieu que dans des cas rares, et signalaient ordinairement le début de quelque lésion secondaire, d'un érysipèle, par exemple. Le pouls restait fort accéléré, battait cent fois par minute et au-delà, bien rarement moins; il perdait la largeur qu'il avait chez le plus grand nombre des sujets, au début, devenait petit, faible, serré, irrégulier; tandis que chez quelques malades il conservait une certaine largeur jusqu'à la mort. — La toux, qui existait chez la plupart des individus, était rarement incommode, presque toujours accompagnée d'un râle sonore universel, auquel se joignait, chez certains individus, dans les derniers jours de l'affection, un peu de râle crépitant; seul signe d'une inflammation du parenchyme pulmonaire, ordinairement peu étendue.

Les changements successifs opérés dans la physionomie étaient remarquables. Bouffie et violacée au commencement de l'affection, chez un assez grand nombre de sujets, la figure perdait peu à peu ce caractère, était, pour ainsi dire, sans expression, puis exprimait l'affaissement, la stupeur ou l'indifférence, et, dans certains cas, une profonde préoccupation; ou bien encore, la fu-

reur ou l'égarement, suivant l'espèce de délire. Dans quelques cas aussi elle était comme empreinte de douleur; dans d'autres, on y observait des mouvements spasmodiques dans les muscles des lèvres, les zygomatiques, ou ceux de la mâchoire inférieure, ou une contraction permanente des paupières. Ces spasmes étaient quelquefois d'assez longue durée, avaient également lieu dans d'autres régions du corps; en sorte que tantôt on observait des soubresauts dans les tendons, tantôt des mouvements spasmodiques très marqués des membres supérieurs, tantôt une contraction permanente des mêmes parties et des muscles du cou.

Enfin, la mort survenait, soit au milieu du délire, soit dans une sorte de calme, les malades n'ayant perdu connaissance que quelques heures auparavant; quelquefois d'une manière imprévue. Assez souvent elle devait être attribuée principalement à quelques lésions secondaires; ou bien elle était précipitée par la perforation de l'intestin grêle, qui donnait presque constamment lieu aux symptômes d'une péritonite aiguë intense.

Telle était la marche de la maladie dans la plupart des cas. Dans d'autres, cette marche offrait des modifications remarquables, soit au commencement, soit dans tout le cours de l'affection. Ainsi, plusieurs malades n'éprouvèrent, pendant un certain espace de temps, qu'un simple mouvement fébrile, une chaleur forte, une soif vive, peu de somnolence, quelques étourdissements, une perte incomplète d'appétit, un affaissement médiocre; sans douleurs de ventre, sans diarrhée, sans aucun symptôme qui indiquât d'une manière sûre le siége de l'affection. Quelques uns même (trois) n'eurent de dévoiement à aucune époque;

et ce n'est qu'après cinq, six, huit jours, un peu plus ou un peu moins, que les douleurs de ventre et la diarrhée se manifestaient chez les autres; et dès lors l'affection suivait sa marche accoutumée. — Chez quelques sujets, la fièvre, après avoir débuté avec une sorte de vivacité, diminuait; la faiblesse était peu considérable, les symptômes caractéristiques n'avaient pas lieu, l'affection paraissait légère, le malade semblait, au premier abord, avoir plutôt un simple embarras gastrique que toute autre maladie. C'était la forme latente, dont il sera parlé dans la suite; et dans ces cas le diagnostic fut incertain jusqu'à la mort, ou jusqu'au moment où la perforation de l'intestin leva tous les doutes.

Les caractères extérieurs les plus ordinaires de l'affection, sa physionomie pour ainsi dire, étaient encore altérés, dans quelques cas, par l'intensité de plusieurs symptômes. Tantôt, en effet, la diarrhée et le météorisme dominaient, tantot l'affaissement, le délire, les symptômes spasmodiques de toute espèce; et, suivant telle ou telle prédominance. la maladie prenait l'apparence de la fièvre putride ou de la fièvre ataxique, quelquefois aussi de la fièvre inflammatoire, chez les sujets dont le pouls était large, les téguments injectés, dans les premiers jours qui suivaient le début. Chez quelques individus l'assoupissement dominait, continuait sans interruption, bien qu'à un médiocre degré; il n'y avait point de délire, ou à très peu près; et, malgré les plus graves lésions, le calme persistait jusqu'à la mort. C'était assez la forme attribuée par quelques auteurs au typhus.

Malgré ces différents aspects, l'affection était toujours la même, le désordre fondamental invariable. On trouvait constamment, à l'ouverture des corps, une lésion plus ou

moins grave des plaques elliptiques de l'intestin grêle; lésion d'autant plus profonde que ces plaques étaient plus rapprochées de la valvule iléo-cœcale, offrant des différences assez remarquables suivant la durée de la maladie, accompagnée d'une altération analogue des glandes mésentériques correspondantes. Les autres organes s'éloignaient fréquemment de l'état naturel; mais leurs lésions n'étaient pas constantes, et elles ne différaient que sous quelques rapports, de celles qu'on observe chez les sujets qui succombent à d'autres maladies aiguës.

On verra d'ailleurs, au chapitre du diagnostic, comment il est possible d'éviter les erreurs dans lesquelles une observation superficielle entraînerait nécessairement, dans les cas où la forme de la maladie s'éloigne le plus de celle qui lui est habituelle.

La durée de l'affection variait de huit à quarante jours et au-delà. Ses diverses périodes étaient presque confondues chez les individus qui succombaient du huitième au douzième jour. Ses symptômes caractéristiques cessaient quelque temps avant la mort, dans un certain nombre de cas où elle traînait en longueur; et c'est surtout alors que l'issue funeste de la maladie était le résultat évident de quelques lésions accessoires.

2° *Chez les sujets qui ont guéri.*

Chez les sujets dont l'affection fut *grave* (cinquante-sept) les symptômes furent les mêmes, à part les contractions permanentes des muscles, qui manquèrent: mais ils offrirent généralement un peu moins d'intensité que dans les cas où la maladie eut une terminaison funeste. Comme dans ceux-ci, la diarrhée et les douleurs de ventre débutèrent avec les

premiers accidents, chez le plus grand nombre des individus, bien que dans une proportion un peu moindre; un peu plus tard chez les autres. Le diagnostic de la maladie fut incertain, son siége indéterminé, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, chez quelques sujets; et la prédominance de certains symptômes altérait plus ou moins le caractère habituel de l'affection, chez d'autres, de manière à lui donner la forme des fièvres dites muqueuses putrides, ou ataxiques, ou inflammatoires. Quoi qu'il en soit, après un certain temps, à une époque plus ou moins éloignée du début, qui variait de quinze à cinquante jours et au-delà, suivant la marche rapide ou lente de l'affection, les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques, la somnolence, le délire, le météorisme, diminuaient, puis cessaient bientôt complétement; le nombre des selles était moins considérable, la soif moins vive; la langue se dépouillait de l'enduit plus ou moins brunâtre qu'on y observait assez souvent; les plaques pultacées qu'elle offrait, dans quelques cas, cessaient de se reproduire, et elle se rapprochait plus ou moins de l'état normal : la physionomie devenait plus naturelle, les malades commençaient à prendre part à ce qui les environnait, demandaient quelques aliments, semblaient, en quelque manière, renaître à la vie; sorte de résurrection extrêmement remarquable dans quelques cas où l'amélioration fut très rapide : la chaleur diminuait, le pouls était moins accéléré; enfin, toutes les fonctions revenaient peu à peu à leur état habituel.

Cependant, quelques-unes d'entre elles se rétablissaient avec beaucoup de lenteur chez plusieurs individus, et la convalescence en était retardée. La chaleur était plus ou moins vive, le pouls continuait à être plus ou moins accéléré, le dévoiement persistait, sans qu'on pût toujours en accuser des

erreurs de régime. Quelques individus avaient des sueurs copieuses et universelles pendant la nuit, quand d'ailleurs les autres fonctions, et en particulier les fonctions digestives, étaient dans l'état naturel; quand les malades étaient à la demie ou aux trois quarts de portion. Et ces sueurs résistaient également aux toniques ou aux excitants, à l'infusion de quinquina et à l'infusion de menthe; de manière qu'elles ne se dissipaient que très lentement, après dix et quinze jours de durée.—Les plaies des vésicatoires, celles qui succédaient aux eschares du sacrum, se cicatrisaient avec lenteur dans quelques cas, et formaient un nouvel obstacle au rétablissement complet des forces.

Les cas dans lesquels la chaleur, l'accélération du pouls, la diarrhée montraient le plus d'opiniâtreté, étaient généralement relatifs aux sujets qui avaient éprouvé les symptômes les plus graves, pendant un espace de temps considérable; et il était facile de s'expliquer la lenteur de la convalescence dans ces cas, la gravité des symptômes indiquant celle des lésions, et celles-ci devant disparaître avec d'autant plus de lenteur qu'elles étaient plus profondes.

La maigreur, qui était considérable dans quelques cas, disparaissait d'autant moins vite que les fonctions digestives étaient moins complètement rétablies au commencement de la convalescence, qui avait lieu du dix-huitième au quatre-vingtième jour et au-delà (1). Et cette extrême différence dépendait moins du développement de quelques lésions secondaires plus ou moins graves, que de l'extrême lenteur de la marche de l'affection, dans les

(1) Je mets l'époque de la convalescence au moment où les malades ont commencé à manger un peu de pain; terme de convention qui m'était le plus commode dans mes Recherches.

premiers temps, chez quelques sujets, comme je l'ai déjà dit plus haut.

On verra plus tard ce qui concerne le traitement, l'effet de la saignée générale ou locale, celui des toniques, des vésicatoires et de quelques autres moyens accessoires sur la marche des symptômes : et je me bornerai, pour le moment, à dire que l'effet des moyens thérapeutiques a été assez peu considérable, pour qu'on pût en faire momentanément abstraction, dans la description générale.

Chez les sujets dont l'affection fut *légère*, la diarrhée fut moins longue et moins grave, les symptômes cérébraux moins fréquents, moins violents, de moins longue durée, que chez les précédents; il en fut de même du météorisme. Toutefois, la durée moyenne de la maladie ne fut pas très différente, étant de vingt-huit jours et un tiers chez les uns, et de trente-deux chez les autres. Ce qui indique assez que l'affection se développait avec une extrême lenteur dans quelques-uns des cas dont il s'agit; de manière que pendant trois, quatre semaines et plus, qui précédèrent l'entrée d'un certain nombre de malades à l'hôpital, ils n'éprouvèrent que de légers symptômes, un peu de diarrhée, une diminution peu considérable des forces et de l'appétit. Ces symptômes continuaient encore, de la même manière, à leur entrée, pendant quelque temps; puis, sans augmentation manifeste de fièvre, un peu de météorisme, de délire, de somnolence, des taches roses lenticulaires ou des sudamina s'y joignaient, et indiquaient la véritable cause des premiers accidents, qu'il n'était plus possible, alors, de rattacher à une autre lésion qu'à celle des plaques elliptiques de l'iléum.

La raideur spasmodique des membres ou des paupières

n'eut lieu, comme je l'ai dit plus haut, dans aucun des cas où la maladie eut une heureuse issue. Le pouls fut généralement moins accéléré et plus large dans ces cas que dans les autres : l'âge moyen des sujets qui guérirent était de vingt et un ans, l'âge moyen de ceux qui succombèrent, de vingt-trois. Les premiers étaient à Paris depuis quatorze mois, les seconds, depuis onze. D'où il suit que le *pronostic* de l'affection typhoïde doit être généralement moins grave chez les sujets très jeunes (1), chez ceux dont le pouls est médiocrement accéléré, large, qui sont à Paris depuis plus d'un an, que chez ceux qui sont dans des circonstances contraires.

Toutefois, et le lecteur pourra s'en convaincre au chapitre où il est question de la forme latente de la maladie, l'affection typhoïde, quelle qu'en soit l'apparente bénignité, est une affection redoutable; vu qu'on a toujours à craindre, dans les cas où les symptômes sont très légers, comme dans ceux où ils sont très graves, la perforation de l'iléum. Le pronostic ne doit donc jamais être favorable, d'une manière absolue, dans cette maladie, sur laquelle on ne peut être entièrement rassuré que quand la convalescence est décidée.

Après avoir donné le tableau général des symptômes qui ont eu lieu chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, je vais exposer les faits relatifs à chacun de ces symptômes en particulier. Je m'attacherai surtout à déterminer avec précision leur début, leur durée, leur intensité, leur rapport avec les lésions qui leur correspondent chez les sujets qui ont succombé. Ce rapport une fois connu, j'étudierai le même symptôme chez les individus atteints d'affection typhoïde qui ont guéri; et, là où je le rencontrerai, j'en conclurai

(1) Voyez le chapitre des causes.

l'existence de la lésion à laquelle je l'aurai vu correspondre chez les premiers. Je ferai ensuite la même étude chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës dont la terminaison a été heureuse ou malheureuse, étude sans laquelle il serait absolument impossible de connaître la valeur des symptômes graves ou légers qu'on observe dans le cours de l'affection typhoïde. Et, ce travail terminé, on saura encore si les affections secondaires sont les mêmes chez les sujets qui succombent à une maladie aiguë et chez ceux qui en guérissent, si, sous ce rapport, la différence entre les uns et les autres n'existe que dans la profondeur, la fréquence et la variété des lésions.

J'aurai soin aussi, après avoir étudié un symptôme chez l'adulte, d'indiquer ce qu'il présente de remarquable dans l'enfance, ou avant quinze ans.

Je tâcherai d'épargner au lecteur jusqu'à l'apparence du travail auquel je me suis livré pour atteindre ce but, en réduisant les détails à ceux qui me paraissent nécessaires à tout homme qui ne veut pas croire sur parole, et qui ne se décide à admettre une proposition générale, qu'autant qu'il en a les éléments sous les yeux.

ARTICLE PREMIER.

De la diarrhée.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Ce symptôme variait, relativement à son début, à son degré, à la nature des matières excrétées, à son siége, tantôt plus tantôt moins étendu ; et il n'a manqué que dans trois cas.

1° *Début.* De quarante sujets sur lesquels j'ai pu prendre des informations précises relativement au début de la

diarrhée, vingt-deux eurent des selles plus ou moins nombreuses et liquides, dès le premier jour de la maladie. — Il a été reconnu, dans les deux premières parties de cet ouvrage, que l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle était la seule lésion constante chez les individus emportés par l'affection typhoïde, et la première développée ; il reste prouvé maintenant, par le seul fait du début de la diarrhée, comme je l'ai dit plusieurs fois à l'occasion des faits particuliers, que l'altération des plaques commençait avec les premiers symptômes, au moins chez un peu plus de la moitié des sujets.

Des dix-huit autres, neuf ont commencé à avoir de la diarrhée du troisième au neuvième jour de l'affection ; et six, du onzième au quatorzième. Jusque-là leurs selles avaient été ou régulières ou rares, et ordinairement sollicitées par des lavements.

Les trois sujets qui n'eurent pas de diarrhée, ou dont les évacuations alvines furent plus ou moins éloignées, succombèrent après treize ou quatorze jours de maladie (obs. 8, 23, 53) ; ce qui indique que l'abondance de la diarrhée n'était pas la cause principale de la terminaison plus ou moins promptement funeste de l'affection, dans les cas où elle avait lieu.

La même conséquence résulte encore de la proportion des cas dans lesquels la diarrhée avait débuté le premier jour de l'affection, chez les principaux groupes de sujets.

Ces cas étaient distribués ainsi qu'il suit :

3 sur	8	sujets de la 1re série,
1 sur	4	de la 2e,
11 sur	20	de la 3e,
7 sur	9	de la 4e.

C'est-à-dire que, proportion gardée, la diarrhée débuta plus souvent avec les premiers symptômes de la maladie, chez les sujets emportés après le trentième jour, que chez ceux qui succombèrent auparavant (1).

Il convient encore de remarquer que, parmi les sujets morts du vingtième au trentième jour de l'affection, quatre avaient déjà de la diarrhée depuis douze, quarante jours et même cinq mois, à son début (obs. 35, 39, 45). Et si je n'ai pas fait remonter celui-ci à l'époque de l'apparition du dévoiement, c'est que, pendant l'espace de temps indiqué, il n'y eut aucun autre symptôme d'affection typhoïde, et que les plaques elliptiques de l'intestin grêle n'avaient, lors de la mort, aucun des caractères qu'elles auraient présentés, très probablement du moins, si la diarrhée eût été l'effet de leur altération, à son début.

2° *Degré.* La diarrhée était forte, médiocre ou légère, ainsi qu'il suit : forte, chez dix-huit des trente-deux sujets chez lesquels son degré a été indiqué avec exactitude, et qui avaient de huit à dix selles et plus dans la journée ; médiocre, chez sept qui allaient de quatre à six fois en vingt-quatre heures à la garde-robe ; faible, chez un pareil nombre de malades qui n'avaient qu'une ou deux évacuations alvines dans la journée, rarement plus.

Les cas de diarrhée forte étaient distribués de la manière suivante :

1 sur	3	sujets de la 1re série
1 sur	2	de la 2e,
11 sur	18	de la 3e,
5 sur	9	de la 4e.

(1) Je crois devoir rappeler au lecteur que les sujets de la première série sont morts du huitième au quinzième jour de l'affection ; ceux de la seconde, du quinzième au vingtième ; ceux de la troisième, du vingtième au trentième ; ceux de la quatrième, après cette époque.

En sorte que si le début de la diarrhée coïncidait plus souvent avec celui de l'affection chez les sujets morts après le vingtième jour, que chez ceux qui avaient succombé avant cette époque, son degré était aussi plus souvent considérable chez les premiers que chez les seconds.

Que la diarrhée fût forte ou faible, qu'elle eût ou non débuté avec les premiers symptômes de la maladie, elle ne restait pas toujours au même degré, elle offrait des variations dans son cours, chez un certain nombre de sujets. Elle fut à peu près uniforme, ou elle augmenta successivement et fut ensuite stationnaire, chez dix-sept d'entre eux. Elle diminua chez sept des quinze autres, dans la seconde partie de sa durée, ou dans les sept ou huit derniers jours de l'affection. Elle augmenta beaucoup, au contraire, dans les derniers temps, chez quatre malades. Sa marche n'eut rien de décidé; elle fut sans cesse variable chez les quatres derniers.

3° *Nature des évacuations.* Les matières fécales, ordinairement très ténues, formaient, avec l'urine, un liquide plus ou moins trouble, au fond duquel on distinguait un certain nombre de petits corps jaunâtres, rarement quelques parcelles plus ou moins solides; si ce n'est dans les cas où la mort avait lieu après trente jours de maladie.

Au lieu de la couleur jaune, qui était la plus ordinaire, les matières fécales avaient une teinte brunâtre et plus ou moins semblable à celle du marc de café, dont elles offraient la consistance, chez deux sujets morts aux vingt-troisième et vingt-neuvième jour de l'affection (obs. 24, 29). Deux autres rendirent passagèrement une plus ou moins grande quantité de sang pur (obs. 18, 44). Et bien que j'aie examiné, dans la très grande majorité des cas, et à plusieurs reprises

pour chaque malade, les évacuations alvines, je n'y ai trouvé un peu de mucus que chez quatre individus. Ce dont on s'étonnera peu sans doute, si l'on se rappelle combien il était rare d'en observer dans le gros intestin, à l'ouverture des corps.

Les cas où les matières fécales étaient mêlées de sang pur, et ceux où elles avaient l'aspect et la consistance du marc de café, sont dignes de remarque, en ce que les évacuations de cette nature n'ont presque jamais lieu dans le cours des maladies aiguës autres que l'affection typhoïde, et que, dans le doute, elles contribueraient beaucoup à en éclairer le diagnostic, comme nous le verrons plus tard au sujet de la 44me observation.

Les lésions de l'un et de l'autre intestin n'offraient d'ailleurs rien de plus remarquable, dans ces quatre cas, que dans beaucoup d'autres où les matières fécales n'avaient rien d'extraordinaire.

4° *Rapport de la diarrhée avec l'état de l'intestin.* Ce rapport n'était pas toujours le même, puisque l'altération de la membrane muqueuse de l'intestin s'étendait plus ou moins rapidement, au moins dans la grande majorité des cas, à partir du début, ou peu après le début de l'affection. A cette époque, en effet, les plaques elliptiques de l'iléum étaient, sinon dans tous, au moins dans presque tous les cas, les seules parties affectées du canal intestinal, les seules par conséquent auxquelles on pût attribuer le dévoiement. Et bien qu'à une distance plus ou moins éloignée du début, la membrane muqueuse intermédiaire aux plaques et celle du colon fussent ordinairement plus ou moins altérées, elles ne l'étaient pas constamment; de manière que la diarrhée avait alors tantôt un double siége, l'un et l'autre intestin, tantôt un siége unique, l'in-

testin grêle. Ce dernier cas était celui de onze sujets dont la membrane muqueuse du colon avait une consistance convenable, était presque parfaitement saine ; et parmi eux s'en trouvaient quatre chez lesquels la diarrhée avait été considérable, dès le début de l'affection. D'où il suit que la longueur et l'intensité du dévoiement n'indiquent pas, d'une manière certaine, une lésion de la membrane muqueuse du gros intestin. Et, à part les cas dans lesquels il y a à la fois des douleurs dans la direction du colon tranverse, des épreintes et des selles extrêmement fréquentes, je ne crois pas qu'on puisse affirmer, dans un cas donné, que la diarrhée ait son siége, non pas exclusivement dans le gros intestin, mais même dans une de ses parties. Les diverses périodes d'augmentation et de diminution du nombre des évacuations alvines, ne peuvent pas non plus éclairer sur ce point, les selles étant quelquefois plus, quelquefois moins fréquentes dans les derniers temps de l'affection qu'à une époque antérieure, que la membrane muqueuse du colon soit ou ne soit pas altérée.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri* (1).

1° Des cinquante-sept sujets qui ont éprouvé des symptômes plus ou moins *graves*, vingt-quatre ont eu de la diarrhée dès le début de la maladie ; proportion un peu moindre que chez ceux dont il a été question tout à l'heure. Parmi les autres, cinq l'ont eue le deuxième jour, trois, le troi-

(1) Ces sujets sont au nombre de quatre-vingt-huit, dont cinquante-sept ont éprouvé des symptômes graves, et trente-un des symptômes légers.

sième, quatre le quatrième, etc., etc. Elle a paru beaucoup plus tard, aux dix-huitième et trentième jour de l'affection, dans deux cas.

L'un de ces deux cas est celui d'un sujet qui n'éprouva, pendant vingt-cinq jours, qu'une légère diminution de l'appétit et des forces. Dans la plupart des autres, de la même catégorie, l'affection débuta encore d'une manière bénigne; les malades n'éprouvèrent, pendant un certain temps, que des douleurs peu considérables dans les membres, un éloignement plus ou moins marqué pour le travail, une diminution de l'appétit, un peu de fièvre ; de manière à ne se croire atteints, dans cette première période, que d'une simple courbature. Et l'on peut se demander si ces faibles symptômes, qui ont aussi été, pendant un certain temps, ceux de quelques malades qui ont succombé, indiquaient le commencement de l'affection typhoïde, le début de l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle; ou s'ils en étaient indépendants, s'ils ne devaient pas être rangés parmi les symptômes qu'on appelle précurseurs.

Sans approfondir cette question, sur laquelle je reviendrai plus tard au sujet de l'affection typhoïde latente, je remarquerai que le début tardif de la diarrhée n'est pas une raison suffisante de reculer celui de la maladie qui nous occupe, puisque trois des sujets qui ont succombé n'ont point eu de diarrhée; que dans les cas où il n'y avait ni dévoiement, ni douleurs de ventre au début, les autres symptômes convenaient encore mieux à l'altération des plaques elliptiques de l'iléum qu'à toute autre affection; que c'est une nouvelle raison d'admettre l'existence de cette altération dès cette époque. J'ajouterai qu'il n'est pas possible d'assimiler les symptômes qui devancèrent les douleurs de ventre et la diarrhée, à ceux qui précèdent les érup-

tions aiguës de la peau, dans lesquelles cette marche est constante, quoique présentant des variétés infinies ; et que sans nier, à beaucoup près, l'existence des symptômes précurseurs, il est vrai néanmoins de dire qu'ils sont un peu moins fréquents qu'on ne l'a cru. On ne peut les nier; puisque les symptômes caractéristiques de la péripneumonie, de l'érysipèle et de quelques autres affections, faciles à reconnaître à leur début, sont précédés, pendant quinze, vingt heures, quelquefois plus, chez un certain nombre de sujets, de quelques symptômes généraux, dont on ne peut se rendre compte par l'état des organes, parmi lesquels aucun n'est affecté alors d'une manière appréciable : et l'on doit admettre qu'il en est de même dans quelques cas d'affection typhoïde, dans une proportion indéterminée.

2° Considéré dans sa marche et dans son degré, le dévoiement offrait plusieurs variétés. Ordinairement peu considérable à son début, il le devenait bientôt après dans un assez grand nombre de cas, conservait le même caractère pendant un certain temps, diminuait ensuite graduellement, quelquefois d'une manière brusque. Il était généralement long, durait, chez quelques malades, quarante, cinquante jours et au-delà ; ce dont il n'était possible d'accuser, ni le quinquina, qui n'avait pas été administré dans quelques cas, ni les erreurs de régime, dans plusieurs autres. Et, comme nous allons voir, il y avait, chez la grande majorite des individus, proportion entre la longueur et l'intensité du dévoiement.

Il fut fort, ou faible, ou médiocre, de la manière suivante : fort chez quatorze sujets qui eurent de huit à vingt selles dans la journée, pendant une ou deux semaines, quelques-uns au-delà, dès le début, ou peu après le début de l'affection ; faible dans vingt-deux cas, où il y avait de deux à quatre selles en vingt-quatre heures ; médiocre dans les vingt-un

autres ; et, dans ces deux derniers groupes, il était de moindre durée que dans le premier.

Sa durée moyenne était, effectivement, dans l'ensemble des cas, de vingt-six jours ; de trente-trois, dans ceux où il avait été fort pendant un laps de temps plus ou moins considérable ; de vingt-six, dans ceux où il avait eu lieu à un médiocre degré ; de vingt-un, dans ceux où il avait été faible. Et sans doute aussi qu'alors il y avait proportion entre les lésions de l'intestin, la faiblesse ou la force de la diarrhée ; la réparation du mal devant être d'autant plus longue, qu'il avait été plus profond.

3° Le caractère des évacuations ne différait pas sensiblement de celui qui a été signalé dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste. Presque toujours dépourvues de mucosités, les selles offrirent une assez grande quantité de sang, trois, quatre et six jours de suite, chez trois sujets, dont un eut peu de diarrhée. Le sang était sous forme de caillots dans deux cas ; les selles étaient très fétides, noirâtres, pultacées, comme formées de sang corrompu, les deux derniers jours de l'hémorrhagie, dans le cas où elle dura six jours ; cas relatif à une jeune fille de dix-huit ans, d'une assez forte constitution, qui eut les symptômes les plus graves, le météorisme le plus intense, dont les règles n'avaient subi aucun dérangement avant la maladie en question. Ces trois sujets avaient d'ailleurs éprouvé des épistaxis, qui avaient été considérables chez l'un d'eux ; ce qui indiquait une disposition individuelle plus ou moins marquée à l'hémorrhagie ; disposition qu'il est impossible de ne pas admettre, vu le petit nombre de cas dans lesquels les évacuations alvines présentent le caractère qui vient de nous occuper. — L'exhalation sanguine avait débuté à une époque avancée de la maladie, chez ces trois malades ; aux dix-septième, vingt-

sixième et trente-deuxième jour de l'affection, qui avait marché avec lenteur dans le principe, et paru d'abord peu grave.

Quant aux sujets, au nombre de trente-un, dont *la maladie fut légère*, leur diarrhée était à la fois beaucoup moins intense et beaucoup moins longue que chez ceux dont il vient d'être question ; en sorte qu'elle ne fut assez considérable que dans quatre cas; que sa durée moyenne ne dépassa pas quinze jours. Elle débuta aussi un peu moins fréquemment avec l'affection, ou chez le tiers des individus environ (douze); et elle manqua chez deux sujets. — Un seul eut des selles un peu sanglantes.

En sorte que la longueur et l'intensité du dévoiement étaient proportionnées à la violence de l'affection.

Des faits semblables à ceux que je viens d'exposer ont été observés par M. le Dr. Barth, à l'Hôtel-Dieu. Sur cent un malades atteints d'affection typhoïde dont il a recueilli l'histoire, cinq n'eurent pas de diarrhée, et trois d'entre eux eurent de la constipation pendant tout le cours de la maladie. L'un de ces trois sujets était du nombre de ceux qui moururent.

Quinze de ces derniers, au nombre de vingt-trois, eurent des selles involontaires, et celles-ci n'eurent lieu que chez douze des soixante-dix-huit malades qui guérirent. — M. Barth n'a observé d'hémorrhagie intestinale que dans deux cas relatifs à des sujets qui ont succombé.

Les lois que suit la diarrhée dans le cours de l'affection typhoïde sont les mêmes avant et après quinze ans; en sorte que M. Rilliet a observé ce symptôme au début de cette maladie dans la moitié des cas, et, dans les autres,

après un espace de temps qui a varié de deux à douze jours.

M. Taupin a observé le même symptôme dès le début, dans une proportion plus considérable encore; et une fois, chez un enfant âgé de quatorze ans qui mourut, il a trouvé les matières fécales mêlées de sang. M. Taupin ajoute qu'aucun fait semblable n'a été observé, dans l'espace de deux années, à l'hôpital des Enfants. Ce qui semblerait indiquer que l'hémoragie intestinale est plus rare dans le premier âge que chez l'adulte, et d'autant plus peut-être qu'on se rapproche davantage de la première enfance.

Mais ce qu'il importe surtout de remarquer ici, c'est que chez l'enfant comme chez l'adulte, la diarrhée se montre ordinairement dès le début de l'affection typhoïde; qu'ainsi chez l'enfant comme chez l'adulte, les lésions qui caractérisent anatomiquement cette maladie, débutent avec les premiers accidents, au moins dans la majorité des cas.

3° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

La membrane muqueuse de l'un ou de l'autre intestin n'offrant pas d'altération chez tous les sujets dont il s'agit, j'en ai conclu, dans la seconde partie de cet ouvrage, que cette altération était accessoire, consécutive au début de la maladie principale. Ce que l'anatomie indiquait, l'étude des symptômes le confirme; et le début de la diarrhée permet, dans la majorité des cas, de fixer, avec précision, celui de la lésion de la membrane muqueuse.

La diarrhée eut lieu chez vingt-trois des trente-cinq *péripneumoniques* observés; elle fut proportionnément moins fréquente chez ceux qui moururent avant le onzième jour

de la maladie, que chez ceux qui succombèrent après cette époque; et elle se manifesta à une distance plus ou moins éloignée du début de l'affection principale, de deux à douze jours avant le terme fatal. Elle était ordinairement continue, quelquefois passagère, généralement proportionnée à l'altération de la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin, ou à celle du colon, qui était exclusivement affectée dans quelques cas.

La diarahée était beaucoup moins fréquente, beaucoup moins forte à son début, que quelques jours avant la mort; et elle n'eut lieu que chez la moitié des sujets emportés par d'autres maladies aiguës, généralement moins inflammatoires que la péripneumonie : ce qui s'accorde avec ce que nous avons vu au sujet des lésions de la membrane muqueuse de l'intestin, lésions plus fréquentes et plus graves chez les péripneumoniques que chez ceux qui avaient succombé à d'autres affections, parmi lesquelles se trouvent des apoplexies, des ramollissements du cerveau, dans lesquels la diarrhée était fort rare.

D'ailleurs, ici comme dans le cours de l'affection typhoïde, le dévoiement eut lieu dans quelques cas (cinq) où la membrane muqueuse de l'intestin grêle était la seule altérée. Il manqua dans quelques uns de ceux où la muqueuse de l'un et l'autre intestin était ramollie, sans autre altération.

4° *Chez les sujets atteints d'affections aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

De cinquante-huit malades affectés de *péripneumonie* à divers degrés, vingt-un, ou la troisième partie environ, eurent de la diarrhée. Elle fut rarement considérable, dura de cinq à six jours, quelquefois plus, quelquefois moins ; elle

débuta, dans la majorité des cas, du cinquième au huitième jour de la maladie; rarement plus tôt ou plus tard. Elle eut lieu, le premier jour de l'affection, chez trois individus qui s'étaient livrés à des excès de vin ce même jour.

Quinze des quarante-six sujets atteints de *maladies éruptives* (variole, scarlatine, rougeole, à peu près en nombre égal), eurent de la diarrhée; et sa fréquence fut à peu près la même dans ces trois affections. Peu considérable et de peu de durée, à trois exceptions près, elle débuta du quatrième au sixième jour de la maladie, dans la plupart des cas, assez souvent néanmoins dès le premier (cinq fois); ce qui indique une tendance particulière des membranes muqueuses à s'altérer dans le cours de ces affections, tendance qu'indique manifestement d'ailleurs, l'état de la bouche, dans la scarlatine surtout.

La quatrième partie des sujets qui eurent un *érysipèle à la face* (dix sur trente-huit), éprouva de la diarrhée. Ordinairement légère, de trois à dix jours de durée, elle débutait du quatrieme au onzième jour de la maladie. Le traitement, toutefois, y eut peut-être quelque part, dans six cas où elle succéda aux minoratifs. Je dis quelque part; vu que presque tous les malades prirent, à une certaine époque de l'affection, de légers purgatifs; que ceux-ci ne furent suivis de diarrhée que dans les six cas indiqués; qu'on ne peut guère leur attribuer, dès lors, qu'une action excitante, et qu'il faut reconnaître, dans les sujets chez lesquels ils ont agi, une prédisposition qui aurait peut-être suffi, un peu plus tard, pour amener, sans leur secours, la diarrhée.

De trente-neuf malades affectés *d'angine gutturale* plus ou moins intense, quatre eurent du dévoiement. Assez considérable chez trois d'entre eux, il eut lieu, dès le début de la maladie, dans un cas, le troisième jour dans un autre, le

septième dans les deux derniers; et il dura de huit à quinze jours Il ne fut, chez aucun sujet, la suite des purgatifs, qui furent néanmoins administrés à presque tous : et ce fait vient à l'appui de ce qui a été dit tout à l'heure du peu de part qu'eurent les minoratifs à la diarrhée des malades atteints d'érysipèle de la face. Il est aussi parfaitement d'accord avec ce que nous avons vu, dans la première partie de cet ouvrage, que les lésions secondaires sont proportionnées au mouvemement fébrile, lequel est généralemenl plus faible dans l'angine que dans l'érysipèle.

La diarrhée eut lieu dans la septième partie des cas de *rhumatisme aigu* que j'ai observés (huit fois sur cinquante-sept sujets). Elle débuta le deuxième jour de l'affection chez un des malades, beaucoup plus tard, du onzième au quarantième, chez les autres; elle dura, cinq, quatorze, trente jours; et elle fut considérable dans deux cas, surtout dans celui où elle montra le plus d'opiniâtreté.

Le dévoiement était un peu plus rare chez les sujets atteints de *catarrhe pulmonaire*. Sur soixante-douze d'entre eux, huit, ou la neuvième partie, en furent affectés. Médiocre dans tous les cas, de manière qu'il n'y eut dans aucun deux plus de trois à quatre selles dans la journée, il débuta du cinquième au huitième jour de la maladie, rarement plus tard, et il persista d'une à trois semaines.

De vingt cas de *fièvre ortiée, de zona* ou d'*erythema marginatum*, un seul de ces derniers fut l'exemple d'un dévoiement qui débuta au quatorzième jour de l'affection, et dura deux semaines.

Enfin, deux sujets sur vingt six atteints d'*ictère* essentiel, eurent de la diarrhée, soit dès le début, soit cinq jours après le début de l'affection. Et, ce qui est digne de remarque, la diarrhée ne fut provoquée, dans aucun cas, par les mino-

ratifs, dont presque tous les malades prirent une ou plusieurs fois. Preuve nouvelle de la vérité de ce qui a été dit au sujet de l'érysipèle et de l'angine gutturale, de la nécessité d'admettre des prédispositions dans les cas où des purgatifs légers produisent un dévoiement de plus ou moins longue durée, et de l'absence de ces prédispositions chez les sujets qui ont peu ou point de fièvre. Et si ces faits semblaient insuffisants pour prouver cette double proposition, du moins la dernière, elle serait mise hors de doute par ce qui arrive chez les malades atteints de colique de plomb, auxquels on administre des éméto-cathartiques et des drastiques énergiques, sans que l'action de ces médicaments s'étende au-delà du jour où ils ont été administrés; au point que sur soixante-dix malades traités par la méthode de la Charité, et dont j'ai recueilli l'histoire, un seul a éprouvé une légère superpurgation de quelques jours.

Si maintenant nous remontons de la diarrhée à la cause qui la produit, nous conclurons de ce qui précède, que la membrane muqueuse de l'intestin est plus ou moins fréquemment altérée dans le cours de toutes les maladies aiguës plus ou moins fébriles, dont la terminaison est heureuse; qu'entre ces cas et ceux dans lesquels l'issue de l'affection a été funeste, la différence ne consiste que dans le degré et la fréquence de ces lésions, proportionnés l'un et l'autre à la violence du mouvement fébrile; que cette loi de sympathie que l'étude de l'intestin nous avait indiquée dans les cas dont la terminaison avait été fâcheuse, est la même chez les sujets qui succombent et chez ceux qui guérissent.

ARTICLE II.

Des douleurs de ventre.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Des douleurs de ventre eurent lieu, à divers degrés, chez trente-neuf de ces malades, ou plutôt dans tous les cas où j'ai pu m'en informer, soit auprès des malades eux-mêmes, soit auprès de ceux qui les conduisaient à l'hôpital.

Elles débutèrent le premier jour de l'affection chez seize individus, un peu moins fréquemment que la diarrhée, et à peu près dans la même proportion, dans les divers groupes entre lesquels j'ai partagé mes observations. Elles ne se manifestèrent que le troisième jour de la maladie chez trois sujets. Il ne m'a pas été possible de connaître l'époque de leur début chez les autres, qui, pour la plupart, n'en éprouvaient que par la pression.

Des seize malades qui eurent des douleurs le premier jour de l'affection, sept ne furent atteints de diarrhée qu'un peu plus tard. Mais comme ces douleurs n'indiquent pas moins sûrement une lésion de la muqueuse intestinale que la diarrhée, ainsi que nous aurons plus d'une occasion de nous en convaincre dans cet article, il en résulte, en ajoutant les sept cas dont il s'agit aux vingt-deux dans lesquels la diarrhée a eu lieu dès le début, que la membrane muqueuse de l'intestin grêle était altérée, dès le principe de la maladie, chez vingt-neuf des quarante sujets chez lesquels le début de la diarrhée fut indiqué avec soin.

Mais il serait difficile, comme je l'ai déjà dit, de penser qu'il n'en ait pas été de même, sinon dans tous, au moins dans plusieurs des onze autres cas, où, à part l'époque tardive du début de la diarrhée et des douleurs de ventre, les

symptômes étaient les mêmes ; surtout si l'on se rappelle que la constipation a eu lieu tout le temps de la maladie dans trois cas; puisque les lésions de l'intestin ayant été latentes chez ces trois sujets, dans tout le cours de l'affection, elles peuvent et elles doivent l'avoir été, à plus forte raison, pendant un certain nombre de jours, chez quelques autres.

Dans quelques cas ces douleurs étaient vagues, ou répandues dans tout l'abdomen (obs 2. 36). Elles affectaient ordinairement les fosses iliaques, la fosse il aque droite surtout; plus souvent encore la région hypogastrique, rarement la direction du colon transverse.

Quelquefois semblables à des coliques (obs. 8, 16, 18, 26, 39, 30, 44), ordinairement obtuses et sans caractère particulier, les douleurs étaient comparées à une ardeur incommode répandue dans tout le ventre, par un malade qui aurait voulu des lavements toutes les heures pour les calmer, et dont la membrane muqueuse du colon n'était que médiocrement altérée (obs. 31).

La durée des douleurs, sauf les cas où le délire survenait dans leur cours, était de quatre à quinze jours. Et quelquefois après avoir disparu un certain temps, elles revenaient encore à plusieurs reprises.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Parmi les cinquante-sept sujets dont la maladie fut plus ou moins *grave*, cinq n'eurent pas de douleurs de ventre ; et chez dix-sept, ou environ la troisième partie, elles débutèrent le premier jour de l'affection. — Si, comme nous l'avons fait tout à l'heure pour les sujets qui ont succombé, nous ajoutons huit des cas dans lesquels la douleur a devancé la diarrhée, aux vingt-quatre dans lesquels ce dernier symptôme s'est montré dès le début, nous aurons trente-deux

cas sur cinquante sept, dans lesquels l'affection de la muqueuse de l'iléon, ou plutôt celle des plaques elliptiques de Peyer, a évidemment commencé avec la maladie.

Les douleurs n'avaient pas le même siége chez tous les sujets, et ce siége variait chez le même individu. Rarement générales, elles occupaient ordinairement l'ombilic, puis les fosses iliaques, la fosse iliaque droite surtout, où on ne les découvrait guère que par la pression; puis enfin l'hypogastre.

Leur durée fut très variable. Elles ne se prolongèrent pas au-delà de vingt-quatre heures chez sept sujets; elles persistèrent pendant un mois chez six, et de deux à dix-huit jours chez le reste des individus.

Leur degré, bien que généralement peu considérable, était assez exactement en rapport avec leur durée; il était d'autant moindre qu'elles se dissipaient plus promptement.

Il convient, toutefois, de remarquer, que je n'ai eu d'autre moyen de connaître l'époque du début de la douleur au premier jour, ou peu après le premier jour de l'affection, que la mémoire des malades; que le souvenir de ce symptôme, chez les gens de la classe ouvrière, qui ne s'observent pas avec une minutieuse attention, à beaucoup près, suppose qu'il avait été assez incommode dans un grand nombre de cas; que, sous ce rapport, la douleur de ventre a plus d'importance qu'on ne lui en accorde ordinai rement dans l'histoire de l'affection typhoïde.

Au reste, que la douleur n'ait pas existé dans quelques cas, qu'elle ait été obtuse, forte, légère et de courte durée dans d'autres, on ne saurait ni s'en étonner ni s'en prendre à la nature de l'affection, ou à celle de la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin; vu que l'inflammation des autres membranes muqueuses amène les mêmes résul-

tats. Ainsi, j'ai vu assez souvent, dans le cours de l'affection typhoïde ou de l'angine simple, la membrane muqueuse du voile du palais d'un rouge vif, manifestement enflammée, avec ou sans enflure des parties placées au-dessous, sans que les malades accusassent ni douleurs ni chaleur dans cette partie, alors même que j'avais attiré, d'une manière spéciale, leur attention sur ce point. La langue, qui offre assez souvent, chez les sujets atteints de diverses maladies aiguës, tous les symptômes d'une inflammation plus ou moins forte, n'est pas toujours alors, et à beaucoup près, douloureuse. Dans quelques cas d'érysipèle à la face, la douleur est nulle, ou à peine sensible; dans un assez grand nombre, elle est trop peu considérable pour occuper beaucoup les malades; et il n'est pas très rare de voir l'affection s'étendre par degrés à tout le corps, sans que les malades en soient avertis par la douleur. Je pourrais en dire autant des affections éruptives, de la variole elle-même, qui n'est fort incommode aux extrémités des membres, que quand le gonflement y est devenu considérable. Bien plus, l'inflammation des membranes séreuses n'est pas toujours accompagnée de douleur; et, dans quelques cas où celle-ci a lieu, elle est passagère et serait plus capable de nuire à l'exactitude du diagnostic, que de l'éclairer, puisqu'on pourrait, au premier abord, la croire rhumatismale. En réalité, la douleur est, dans la plupart de nos affections, quel qu'en soit le siége, un des symptômes les moins constants, les moins capables de porter beaucoup de lumières dans le diagnostic; mais elle peut, dans un assez grand nombre de cas, comme on vient de le voir, fixer leur début avec précision, et elle a, sous ce rapport, une grande importance.

Les douleurs de ventre furent très rares, eurent lieu moins souvent dès le début de l'affection, dans les cas où elle fut *légère*, que dans ceux dont il vient d'être question. Elles manquèrent chez dix des trente-un sujets dont il s'agit; elles débutèrent le premier jour chez quatre; elles furent passagères, séparées par des intervalles plus ou moins longs, dans cinq cas où elles durèrent d'un à trois jours; elles furent continues, de trois à quatre jours de durée, dans les autres. — Ordinairement fixées à l'ombilic, elles occupaient, chez quelques malades, les flancs ou l'hypogastre, et elles s'étendirent, chez un d'entre eux, à tout l'abdomen. — La plupart les comparaient à des coliques; et elles furent gravatives dans un cas, le seul où, ayant débuté le premier jour de la maladie, elles durèrent trois semaines, accompagnées d'épreintes pendant quelque temps.

L'intensité des douleurs de ventre était donc, comme la diarrhée, en proportion de la violence de l'affection.

Ces douleurs, dont l'étude présente des difficultés réelles dans le *jeune âge*, pour ne pas s'en l'aisser imposer par les apparences, ces douleurs sont fréquentes avant quinze ans, d'après M. Rilliet, qui les a observées, dès le début, dans la moitié des cas : fait précieux, et qui fortifie les conséquences tirées des faits semblables que j'ai constatés chez l'adulte.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

Il y eut des douleurs de ventre chez presque tous les sujets qui eurent du dévoiement, et chez eux presque uniquement. Elles débutaient ordinairement avec lui, quelquefois avant, quelquefois après, et elles étaient généra-

lement fort légères, plus encore que dans l'affection typhoïde; nouvelle preuve que si elles ne furent pas considérables dans celle-ci, on ne saurait en accuser le genre de l'affection.

Elles eurent lieu chez la quatrième partie des péripneumoniques; furent passagères dans quatre cas, persistèrent de deux à douze jours dans les autres, débutèrent de trois à onze jours après l'affection principale, furent vives chez un malade atteint d'une double complication de gastrite et d'entérite; accompagnées, précédées, ou suivies de diarrhée, dans tous les cas.

Les douleurs de ventre (dégagées de tout autre symptôme de péritonite) n'ayant eu lieu que chez les péripneumoniques atteints de diarrhée, on doit en conclure, comme je l'ai dit plus haut, qu'elles n'indiquent guère moins sûrement l'existence d'une lésion de la membrane muqueuse de l'intestin, que le dévoiement; et comme elles devançaient la diarrhée dans quelques cas, il en résulte que l'affection de la muqueuse intestinale débutait assez souvent à une époque peu éloignée du début de la maladie principale. J'insiste sur ce point, parceque, s'il importait de constater les lésions de la membrane muqueuse de l'intestin, il ne l'était pas moins de savoir à quelle époque elles remontaient, dans le plus grand nombre des cas, et de montrer combien est rapide, dans quelques uns, l'influence des affections aiguës fébriles sur le canal intestinal.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Il y eut des douleurs de ventre chez quatorze des cinquante-huit *péripneumoniques* dont j'ai parlé, c'est-à-dire

dans une proportion un peu plus considérable que chez ceux dont la maladie eut une terminaison funeste : mais ces douleurs furent très légères, de vingt-quatre à quarante-huit heures de durée seulement. Elles débutèrent du septième au huitième jour de l'affection dans presque tous les cas, rarement après, deux fois avant, les premier et quatrième jour; et, à une exception près, elles n'eurent lieu que chez les sujets atteints de diarrhée.

Chez ceux qui eurent des *maladies éruptives*, les douleurs de ventre suivirent assez exactement la marche de la diarrhée; elles débutèrent du cinquième au sixième jour de l'affection, dans la majorité des cas; quelquefois avant : elles durèrent un peu plus que chez les péripneumoniques; et, si l'on en excepte un malade, elles ne se firent sentir qu'à ceux qui eurent de la diarrhée.

On verrait les même résultats se reproduire, les douleurs de ventre toujours proportionnées au dévoiement, si je donnais ici le détail des faits que j'ai recueillis sous ce rapport, chez les sujets affectés d'*angine gutturale*, d'*érysipèle de la face*, *de rhumatisme*, *de catarrhe pulmonaire*, etc., etc. Qu'il me suffise donc de dire que dans ces cas, comme dans les autres, les douleurs de ventre n'ont presque jamais eu lieu que chez ceux qui avaient de la diarrhée; et concluons de ces faits que si des douleurs de cette espèce venaient à se déclarer, dans le cours d'une *maladie aiguë*, chez des sujets qui n'auraient point de dévoiement, on pourrait annoncer celui-ci avec une certitude presque complète.

J'ajouterai que les douleurs de ventre n'ont manqué que sur neuf des quatre-vingt-quatre sujets atteints d'*entérite aiguë*, proprement dite, que j'ai observés; proportion qui s'éloigne peu de celle qui eut lieu dans les cas où le dévoie-

ment existait comme complication; qu'elles ont débuté le premier jour de l'affection chez les deux tiers des malades, quelles avaient le plus ordinairement leur siége à l'ombilic.

ARTICLE III.

Du météorisme.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le météorisme eut lieu chez trente-quatre des quarante-six malades qui succombèrent à l'affection typhoïde. Il fut considérable dans la moitié des cas, et inégalement fréquent chez les quatre groupes de sujets qui nous occupent; en sorte que je l'ai observé

3	fois sur	10	sujets de la 1re série,
5	sur	7	de la 2e,
19	sur	20	de la 3e,
5	sur	9	de la 4e;

et à un degré moins considerable dans la première et dans la dernière série, que dans les deux autres.

L'époque du développement du météorisme fut très variable, et elle ne put être fixée pour les sujets qui succombèrent du huitième au vingtième jour de l'affection, presque tous les malades de cette série qui en furent affectés l'ayant lors de leur admission à l'ôpital, de deux à cinq jours avant la mort. Quant aux malades de la troisième catégorie, douze eurent un météorisme considérable, dans les onze ou quinze derniers jours de son existence. Il débuta avant ou après cette époque chez les autres, et au troisième jour de l'affection chez l'un d'eux (obs. 28). Il se manifesta du huitième au trentième, chez les sujets du quatrième groupe.

Le météorisme persista, dans la plupart des cas, jusqu'au terme fatal, et il fit des progrès presque continuels chez quelques malades qui succombèrent du vingtième au trentième jour de l'affection (obs. 5, 7, 32, 33). Chez d'autres, il diminua quelque temps avant la mort (obs. 17, 27, 28); et, dans deux cas où elle n'eut lieu qu'après trente-huit et soixante-cinq jours de maladie, il ne parut que momentanément (obs. 18, 30).

Je ne reviendrai pas sur ce qui a été dit, dans les deux premières parties de cet ouvrage, sur le siége du météorisme, qui était ordinairement borné, sur le cadavre, au gros intestin; mais je remarquerai que le début, ordinairement tardif de ce symptôme, est une nouvelle raison de croire que, pendant la vie comme après la mort, le gros intestin en est le siége principal; sa membrane muqueuse n'étant affectée que consécutivement à celle de l'intestin grêle. J'ajouterai que, s'il n'est pas possible de trouver, dans l'état de la membrane muqueuse du colon, la cause du météorisme, on ne saurait non plus la chercher dans la putridité, le météorisme ayant diminué chez plusieurs sujets dans les derniers jours de la vie, et les effets de la putridité devant plutôt augmenter progressivement, que diminuer, dans les cas où l'affection est plus ou moins promptement funeste. On ne peut pas non plus attribuer ce phénomène, au moins uniquement, à l'altération du sang, celle-ci étant commune dans le cours d'un grand nombre de maladies où l'on n'observe pas de météorisme. En sorte qu'on est conduit à admettre ici l'existence d'une cause qui a quelque chose de spécial, et qui révèle toute l'importance du météorisme dans l'histoire de l'affection typhoïde.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Quarante des cinquante-sept sujets dont l'affection fut *grave*, eurent du météorisme, lequel offrit beaucoup de variation sous le rapport du début, de la force et de la durée. Il débuta chez quatre malades le septième ou le huitième jour de l'affection ; le neuvième, chez un autre ; du dixième au douzième, chez treize; plus tard, chez le plus grand nombre ; le vingt-deuxième jour, et même au-delà, chez quelques sujets dont la maladie eut une marche lente. Assez considérable dans sept cas, et ordinairement peu après son apparition, il fut très médiocre ou très léger dans les autres ; il offrit des alternatives d'augmentation et de diminution dans son cours, diminua d'une manière successive chez plusieurs individus, rapidement chez quelques uns. — Sa durée fut de quatre à quinze jours, si ce n'est dans un cas où il se dissipa au bout de vingt-quatre heures.

Chez les sujets dont la maladie fut *légère*, le météorisme partagea la bénignité des autres symptômes. Il eut lieu chez quinze, ou la moitié d'entre eux, et il débuta à une époque avancée : en sorte que je ne l'ai observé qu'une fois au neuvième jour de l'affection, quatre fois du douzième au quatorzième, au trente-deuxième dans un cas, et au soixantième, chez un malade qui ne fut bien rétabli que quatre-vingt-douze jours après le début.

Les faits recueillis ultérieurement par M. le docteur Barth, sont en parfaite harmonie avec ceux que je viens d'exposer ; car, sur vingt sujets qui ont succombé, trois seulement n'ont pas eu de météorisme : et sur soixante-

quinze qui ont guéri, quinze étaient dans le même cas.

Le météorisme n'est pas moins fréquent chez l'*enfant* que chez l'adulte, d'après les faits observés par M. Rilliet, qui l'a rencontré, à divers degrés, chez les deux tiers des malades; beaucoup plus souvent chez ceux qui ont succombé que chez ceux qui ont guéri.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

Autant le météorisme fut fréquent chez les individus atteints d'affection typhoïde, autant il fut rare dans le cours des autres maladies aiguës.

De quatre-vingts sujets, dont un grand nombre eut de la diarrhée, six seulement eurent du météorisme ; encore fut-il peu considérable, à deux exceptions près (obs. 51, 52); d'un ou de deux jours de durée, généralement ; et, à part un individu emporté par un érysipèle des membres inférieurs (obs. 52), il débuta à une époque assez avancée de l'affection, pas avant le neuvième jour. — Trois des sujets dont il s'agit succombèrent à la péripneumonie, le quatrième à l'arachnitis cérébrale, les deux autres à un érysipèle des membres, ou à une maladie dont il m'a été impossible de déterminer la nature.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.*

Quatre *péripneumoniques*, sur cinquante-six, eurent un peu de météorisme pendant trois ou quatre jours. Il en fut de même chez deux des quarante-six sujets atteints de *maladies éruptives*. Je n'ai pas rencontré ce symtôme dans le cours des autres affections aiguës, même dans aucun des

quatre-vingt-six cas d'entérite proprement dite, plus ou moins intense que j'ai observés : fait important, sur lequel je reviendrai par la suite.

Bien qu'on ne puisse, dans l'état actuel de la science, assigner la cause du météorisme, il est vrai de dire néanmoins, qu'il paraît suivre, dans son développemeut, une loi analogue à celle des autres symptômes, puisque parmi les sujets atteints d'affection typhoïde, sa fréquence et sa force ont été proportionnées au degré de la maladie principale ; et que, parmi les autres, ceux-là seuls en ont eu, dont le mouvement fébrile était le plus prononcé, au moins en général. Il n'est pas moins certain que la rareté du météorisme dans les maladies aiguës non typhoïdes, sa fréquence et son degré dans l'affection qui fait l'objet spécial de ces recherches, font de ce symptôme un moyen de diagnostic important

ARTICLE IV.

Des symptômes gastriques.

Douleurs épigastriques, nausées, vomissements.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

1° *Douleurs épigastriques.* Ces douleurs dont les malades ne se plaignaient pas, et sur lesquelles il était nécessaire de fixer leur attention, pour en avoir connaissance, eurent lieu chez seize des vingt-deux sujets près desquels j'ai pu prendre quelques informations précises sur l'état de l'épigastre. Spontannées dans le plus grand nombre de cas, sollicitées par la pression seulement dans quelques autres, elles eurent lieu au début de l'affection chez huit malades (obs. 16,

20, 25, 29, 31, 36, 39, 43), plus ou moins tardivement chez les autres (obs. 2, 5, 8, 21, 33, 35, 44, 45.

Leur durée, ou du moins l'espace de temps pendant lequel on put en constater l'existence (car le délire fut un obstacle insurmontable à l'étude des douleurs dans un grand nombre de cas), leur durée fut très variable. Dans les cas où elles se manifestèrent avec les premiers symptômes, elles persistèrent de deux à vingt jours (obs. 29, 43), finirent ordinairement à l'entrée des malades à l'hôpital, soit réellement, soit qu'il fût seulement impossible alors de constater leur existence, à raison de l'apparition ou de l'augmentation du délire. La durée des douleurs épigastriques fut généralement beaucoup moindre, ne dépassa pas cinq jours, dans les cas où elles n'eurent lieu qu'un certain temps après le début des premiers symptômes.

Il serait également difficile ou impossible de déterminer, dans certains cas, le siége et le caractère des douleurs épigastriques : leur siége, quand elles avaient débuté avec le météorisme, car alors le colon plus ou moins distendu et placé au-devant de l'estomac, pouvait en être la source; leur siége et leur caractère tout à la fois, dans les cas où ayant paru avec les premiers symptômes de l'affection, la membrane muqueuse de l'estomac était saine.

Cette membrane avait, en effet, ce caractère, ou n'offrait qu'une très légère altération de couleur, sans changement de consistance ou d'épaisseur, chez deux sujets qui eurent des douleurs épigastriques dès le début (obs. 25, 29). Elle offrait seulement un léger ramollissement près du pylore dans un troisième cas semblable (obs. 43). Elle était parfaitement saine, sous tous les rapports, dans un

quatrième, relatif à un sujet dont la maladie dura trente jours, et dont les douleurs à l'épigastre ne furent constatées qu'une fois au huitième jour de l'affection (obs. 30).

Ces faits montrent d'une part, que les douleurs épigastriques, alors même qu'elles sont d'une assez longue durée et qu'elles se développent dans le cours d'une affection typhoïde, n'indiquent pas d'une manière sûre, à beaucoup près, l'existence d'une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac; d'autre part, que le début de ces douleurs avec les premiers symptômes de l'affection, chez des individus dont la muqueuse gastrique est plus ou moins altérée, n'est pas la preuve que cette altération a commencé avec les premiers accidents.

Toutefois, les douleurs dont il s'agit ne sont pas sans quelque importance pour le diagnostic de l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, puisque parmi les six sujets qui n'eurent pas de douleur à l'épigastre, trois avaient la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel; proportion beaucoup plus considérable que celle qui a été indiquée plus haut, pour les malades qui eurent des douleurs; mais dont on ne saurait conclure rigoureusement, d'une manière générale, à raison du petit nombre de faits analysés.

2° *Nausées.* Les nausées furent provoquées, dans deux cas, par des agents thérapeutiques. En écartant ces deux cas de ceux, au nombre de vingt-trois, dans lesquels j'ai pu prendre des informations assez précises sur l'existence ou la non-existence des nausées, je trouve, sur vingt-un malades, douze cas de nausées.

Ces nausées furent, généralement, de moins longue durée que les douleurs. Comme celles-ci toutefois, elles se manifestèrent, dans un certain nombre de cas, au début, (obs.

8, 39, 43), et, dans le plus grand nombre, à une époque plus ou moins éloignée de l'apparition des premiers symptômes (obs. 1, 2, 5, 7, 14, 20, 21, 25, 45).

Les nausées n'eurent pas lieu dans tous les cas où il y eut des douleurs à l'épigastre, de manière que cette coïncidence n'a été constatée que chez huit sujets (obs. 1, 2, 20, 21, 25, 39, 43, 45), parmi lesquels deux avaient la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel (obs. 25, 39). D'où il faudrait conclure, si les faits analysés étaient plus nombreux, que la réunion des nausées et des douleurs épigastriques, dans le cours de l'affection typhoïde, ne rend pas le diagnostic des lésions de la membrane muqueuse de l'estomac beaucoup plus sûr, que l'existence isolée des seules douleurs.

3° *Vomissements.* Les vomissements purent être recherchés dans vingt cas. Ils n'eurent lieu à aucune époque de la maladie chez huit sujets; ils furent provoqués par des agents thérapeutiques chez sept autres (obs. 5, 7, 13, 25, 30, 34, 39); ils eurent lieu spontanément dans cinq cas, et, dans tous ces cas, à une époque plus ou moins éloignée du début (obs. 2, 17, 30, 44, 45).

Variables dans leur durée aussi bien que dans l'époque de leur apparition, les vomissements spontanés furent bilieux et toujours accompagnés ou précédés de douleurs épigastriques. Et tandis que parmi les sujets qui n'eurent que des douleurs à l'épigastre, ou des nausées, ou des douleurs et des nausées tout à la fois, plusieurs avaient la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel; tous ceux qui eurent à la fois des douleurs épigastriques et des vomissements de bile, avaient cette membrane plus ou moins profondément altérée. Fait important, et qui semble indiquer (car les observations analysées sont trop peu nombreuses pour affirmer)

qu'on doit conclure l'existence d'une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, des douleurs épigastriques et des vomissements de bile réunis.

Mais les cas dans lesquels il y avait à la fois des nausées et des vomissements n'étaient pas les seuls, parmi ceux dans lesquels j'ai pu aller à la recherche du vomissement, qui offrissent des lésions plus ou moins graves de la membrane muqueuse de l'estomac ; ces lésions avaient encore lieu chez cinq des huit sujets qui n'eurent pas de vomissements. De manière que si le nombre des faits analysés était plus considérable, on en conclurait rigoureusement que le diagnostic de ces lésions n'est possible, ou plutôt n'est sûr ou démontrable, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, que dans la moitié des cas, et qu'en doublant le nombre des sujets qui ont à la fois des douleurs à l'épigastre et des vomissements de bile, on a le nombre des cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'estomac est plus ou moins profondément altérée.

Ces faits confirment d'ailleurs ce que j'ai dit, dans la seconde partie de cet ouvrage, au sujet des lésions de la membrane muqueuse de l'estomac, que j'ai considérées comme secondaires, comme développées plus ou moins tardivement, à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie : car les symptômes qui, par leur réunion, semblent devoir assurer le diagnostic des lésions dont il s'agit, les douleurs à l'épigastre et les vomissements de bile, ne se sont développés, dans aucun cas, au début de l'affection typhoïde, mais seulement et toujours plus ou moins tardivement.

On conçoit aussi, par cela même, comment les lésions de la membrane muqueuse de l'estomac ont été si fréquemment latentes : car ces lésions se développant tardivement, à une époque où les symptômes cérébraux se développent eux-

mêmes, ou deviennent plus graves, les autres, les symptômes gastriques en particulier, ou doivent cesser, s'ils se sont déjà montrés auparavant, ou ne peuvent se développer; puisque c'est le propre des symptômes cérébraux de masquer la plupart des autres.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Quarante-trois des cinquante-sept individus dont la maladie fut plus ou moins *grave*, et dont les fonctions digestives furent étudiées avec soin, eurent quelques symptômes gastriques; trente, des douleurs à l'épigastre; dix-neuf, des nausées; vingt, des vomissements.

1° *Les douleurs* n'eurent lieu qu'un jour ou deux chez trois sujets; elles persistèrent de quatre à seize chez les autres, revinrent momentanément chez quelques-uns, après avoir cessé pendant un certain temps; ne furent sensibles que par la pression chez quatre individus.

Assez vives dans quelques cas, elles étaient généralement très médiocres, faisaient naître le sentiment d'une barre chez quelques sujets, ne produisaient qu'un simple malaise chez plusieurs autres.

Elles débutèrent le premier jour de l'affection dans la quatrième partie des cas, un peu moins fréquemment que chez les sujets qui succombèrent; les second et troisième jour, chez deux autres; puis, du sixième au vingt-cinquième.

2° Les *nausées* eurent lieu dès le début de l'affection dans six cas; du cinquième au trente-cinquième jour dans les autres.

Momentanées, n'ayant duré qu'un jour chez quatre malades, elles persistèrent de trois à vingt chez les autres,

et reparurent encore, chez quelques-uns, après avoir cessé pendant un certain temps.

Provoquées par la toux dans deux cas, les nausées disparurent très promptement dans un autre où elles avaient lieu depuis six jours, sans être accompagnées de douleur à l'épigastre ou de vomissement, après l'administration, par erreur, de l'émétique à haute dose (eau bénite de la Charité). On ne pouvait pas attribuer les nausées qui eurent lieu, dans ce dernier cas, à une gastrite ; et il faut en conclure que chez les sujets qui guérissent, comme chez ceux qui succombent, les nausées n'indiquent pas toujours, à beaucoup près, une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac.

Les nausées étaient réunies aux douleurs chez douze individus; c'est-à-dire dans une proportion assez semblable à celle que j'ai observée dans les cas où la terminaison de la maladie avait été funeste.

3° Le parallèle se soutient encore à l'égard des *vomissements*. A part trois sujets qui en eurent le premier jour de l'affection, pendant deux, trois et huit jours, ils ne se montrèrent qu'à une époque assez éloignée du début, les cinquième et sixième jour dans deux cas, du neuvième au trente-cinquième dans les autres. — Momentanés, ou n'ayant pas duré au-delà d'un ou deux jours chez quatre malades, ils persistèrent de quatre à quinze jours chez les autres.

Comme chez les sujets qui ont succombé, la matière vomie était verdâtre et amère dans la plupart des cas, ou douze fois sur vingt. Neuf de ces douze malades eurent aussi, soit pendant, soit avant l'époque, des vomissements, des douleurs à l'épigastre ; et comme la membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins enflam-

mée dans tous les cas où cette réunion de symptômes existait, chez ceux qui ont succombé, on doit admettre qu'il en a été de même chez les sujets dont il s'agit.

En admettant comme généralement vrai le résultat indiqué, en supposant qu'il soit confirmé par une plus grande masse de faits, il s'ensuivrait en doublant le nombre neuf (voy. p. 460) qu'un peu plus de la troisième partie des sujets qui guérissent d'une affection typhoïde plus ou moins grave, éprouve une altération quelconque, faible ou forte, mais appréciable, inflammatoire, de la membrane muqueuse de l'estomac.

Il est d'ailleurs infiniment probable que cette lésion aura été grave dans trois cas où les vomissements de bile se répétèrent plus ou moins fréquemment, six, huit et douze jours de suite (1).

(1) On sera peut-être étonné de me voir employer des formes dubitatives quand il s'agit de déterminer les cas *particuliers* de gastrite; mais cette affection, sur laquelle reposait, en grande partie, la doctrine de Broussais, est réellement une des moins connues, celle dont le diagnostic est le plus obscur, et relativement à laquelle on a publié le moins de travaux positifs. On peut toutefois se rendre compte du peu de progrès de la science à cet égard, en remarquant que la gastrite simple, ou du moins telle primitivement, et qui conduit à la mort, est une affection très rare; au point que je n'en ai pas constaté un seul exemple, dans un intervalle de seize années, à la Charité, à la Pitié, à l'Hôtel-Dieu, sur plus de treize cents sujets qui ont succombé; qu'on n'a pour ainsi dire occasion de l'observer, sur les cadavres, que comme complication; que jusqu'ici l'étude des complications a été très négligée; qu'il n'est possible, dans ces circonstances, de saisir que les symptômes des lésions les plus graves; que ceux des plus légères échappent inévitablement; que néanmoins il est impossible de connaître la valeur des symptômes avant de les avoir comparés à l'état des organes. On s'étonnera surtout que je n'aie pas mis l'état de la langue au nombre des moyens de diagnostic les plus sûrs de l'état de la membrane muqueuse de l'estomac; mais on verra bientôt quels faits m'y ont déterminé. Je ne puis d'ailleurs mieux faire comprendre les doutes où je suis relativement au diagnostic de la gastrite, qu'en disant que sur le point de faire l'ana

Chez les sujets dont l'*affection fut légère*, les symptômes gastriques suivirent la loi des autres symptômes accessoires : ils furent à la fois moins fréquents et de moins longue durée que chez ceux dont il vient d'être question ; n'eurent lieu que dans la moitié des cas, ou quinze fois sur trente-un ; savoir : les douleurs à l'épigastre chez treize malades, et chez trois d'entre eux au début ; les nausées chez six, et au début dans deux cas ; les vomissements chez quatre. Ces vomissements, qui ne furent que momentanés chez un sujet, se répétèrent de deux à neuf jours chez les autres ; et la matière qui les formait était verdâtre et amère chez tous. — Ils furent accompagnés ou précédés de douleurs à l'épigastre, chez deux : ce qui porterait à quatre, d'après ce qui a été dit plus haut, le nombre des cas dans lesquels la membrane muqueuse de l'estomac aurait été plus ou moins altérée.

Les symptômes gastriques sont assez intenses chez les *enfants* ; mais tandis qu'après cet âge on observe rarement les vomissements au début de l'affection typhoïde, c'est surtout alors qu'ils ont lieu dans le premier âge. Ainsi, sur cent vingt-un malades dont M. Taupin a recueilli l'histoire, quarante-cinq eurent des vomissements au début de l'affection, et cinq seulement à une période plus avancée. De son côté, M. Rilliet les a constatés dans la moitié des cas, et toujours du premier au trentième jour de l'affection, quand ils n'avaient pas été provoqués ; si ce n'est dans un cas où ils eurent

lyse de deux séries d'observations intitulées, les unes gastrites aiguës, les autres embarras gastriques, j'y ai renoncé, du moins pour le moment, dans la crainte de confondre fréquemment ces deux cas, n'ayant d'ailleurs aucune opinion arrêtée sur la valeur du groupe de symptômes désignés par le mot embarras gastrique.

lieu le douzième jour seulement. M. Rilliet ajoute qu'ils étaient presque toujours en petit nombre, plus fréquents toutefois, chez les malades qui succombèrent que chez ceux qui guérirent ; qu'il n'a pas trouvé de rapport entre les vomissements et l'état de la membrane muqueuse de l'estomac.

La différence observée entre l'enfant et l'adulte, par rapport aux vomissements qu'ils éprouvent dans le cours de l'affection typhoïde, est digne de remarque assurément ; mais elle ne doit surprendre personne, vu la facilité avec laquelle ont lieu les vomissements dans le premier âge ; et l'on peut, jusqu'à un certain point, se rendre compte de la différence dont il s'agit, par celle des erreurs de régime, qui sont peut-être moins fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant, dans l'état de maladie ; aussi les vomissements des petits malades observés par M. Rilliet eurent ils presque constamment lieu avant leur admission à l'hôpital.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

De vingt-quatre *péripneumoniques* chez lesquels j'ai pu prendre des informations relativement à l'objet qui nous occupe, dix-sept eurent des symptômes gastriques, des douleurs, des nausées, ou des vomissements; le grand nombre, plusieurs à la fois; et la membrane muqueuse de l'estomac était plus ou moins altérée chez douze d'entre eux.

Onze, ou environ la moitié, eurent des douleurs à l'épigastre dans l'intervalle de la toux : quatre, dès le premier ou dès le second jour de l'affection ; les autres, du cinquième au douzième. Elles furent momentanées dans trois cas, de cinq à douze jours de durée dans les autres.—La membrane muqueuse de l'estomac fut plus ou moins profondément altérée sur sept des individus dont il s'agit.

Il y eut, hors la toux, des nausées dans la troisième partie des cas, ou chez huit sujets; dès le début chez trois d'entre eux, à une distance plus ou moins éloignée de cette époque chez les autres; momentanément chez quatre, pendant un espace de temps qui a varié de quatre à dix jours chez le même nombre.

Huit sujets eurent des vomissements, et cinq d'entre eux des vomissements de bile. Momentanés dans deux cas, ils se répétèrent plus ou moins dans l'espace de deux à cinq jours dans les autres; ils débutèrent avec l'affection chez la moitié des malades; et chez tous ceux, hors un, qui vomirent de la bile, la muqueuse gastrique était plus ou moins altérée.

Ici, comme dans le cours de l'affection typhoïde, les vomissements de *bile* paraissent le symptôme le plus sûr des affections aiguës de l'estomac, comme les nausées en sont le plus infidèle : de manière que la muqueuse gastrique était saine chez presque tous les individus qui n'avaient éprouvé que des nausées, hors la toux.

De trois sujets enlevés par la *péritonite*, l'un eut un vomissement de bile, deux, des douleurs à l'épigastre, tous, des nausées plus ou moins fréquentes. — Les vomissements de bile se répétèrent opiniâtrément du premier au vingt-septième jour de l'affection, qui fut mortelle au trentième. — La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie, amincie et mamelonnée dans ce cas; mamelonnée dans celui où il y eut des douleurs et des nausées; et dans l'état naturel chez le sujet qui n'éprouva que des nausées. — Les vomissements de bile ont donc encore une grande valeur dans la péritonite elle-même, comme signe d'affection de la muqueuse gastrique; et s'il n'est pas possible de tirer une conclusion générale d'un fait particulier, au moins peut-on dire,

d'après celui dont il s'agit, que quand les vomissements de bile sont opiniâtres dans la péritonite, on ne doit pas les attribuer exclusivement à la maladie principale, qu'il faut alors redouter une altération plus ou moins profonde de la membrane muqueuse de l'estomac.

Trois sujets qui succombèrent à la suite de la *variole* eurent des douleurs épigastriques, et l'un d'eux des vomissements de matières fades. Les douleurs furent momentanées, aux septième et huitième jour de l'affection, dans deux cas, dont un relatif au sujet qui eut quelques vomissements; et la membrane muqueuse de l'estomac était mamelonnée, plus ou moins grisâtre, sans ramollissement, dans l'un et dans l''autre. Elle était rouge et très ramollie dans le troisième, où il y eut des douleurs du premier au septième jour de la maladie. Les douleurs tenaient-elles, dans ce dernier cas, à l'inflammaiton de la muqueuse de l'estomac? L'affirmative n'est pas probable, l'inflammation de la muqueuse du grand cul-de-sac, la seule qui eût lieu ici, ne se développant guère, suivant toutes les apparences, que dans les derniers jours des maladies dont la terminaison est funeste (1).

Chez deux sujets emportés par l'*érysipèle* phlegmoneux des membres inférieurs, qui n'eurent aucun symptôme gastrique, la membrane muqueuse de l'estomac était à peu près dans l'état naturel.

Elle était ramollie et amincie par bandes, chez un individu mort de *ramollissement du cerveau*, au sixième jour de l'affection, sans avoir eu ni douleur à l'épigastre, ni vomissements. Ceux-ci furent répétés, du premier au quatorzième jour de la maladie, dans un cas analogue, où la muqueuse offrait beaucoup de petites ulcérations près du

(1) *Recherches sur la phthisie.* Paris, 1825, p. 67 et 68.

pylore. Aucun symptôme gastrique n'eut lieu chez quatre autres individus atteints de la même affection, et dont cette membrane était plus ou moins altérée. — Ces faits confirment ce qui a été dit plus haut de l'influence des symptômes cérébraux sur les lésions de l'estomac qu'ils masquent dans la plupart des cas : et le malade qui eut des vomissements n'est pas une exception à cette loi, car il n'eut de délire qu'au quatorzième jour de l'affection, époque où les vomissements cessèrent.

De quatre sujets morts d'*hydrocéphale* aiguë, et qui avaient la membrane muqueuse de l'estomac plus ou moins altérée, deux eurent des symptômes gastriques avant le délire. L'un, dont la muqueuse en question était ramollie et amincie, eut des douleurs à l'épigastre, des nausées et des vomissements de bile, à une époque éloignée du début : l'autre, mort au neuvième jour de la maladie, eut des douleurs et des nausées dans le milieu de son cours ; et chez lui la muqueuse gastrique offrait beaucoup de petites ulcérations près du pylore.

Les faits qui viennent d'être signalés confirment donc, dans leur ensemble, les conclusions tirées de l'histoire des sujets emportés par l'affection typhoïde : ils montrent, pour leur part, que les affections de la membrane muqueuse de l'estomac qui se déclarent dans le cours des maladies aiguës de toute espèce, sont souvent latentes ; que les douleurs épigastriques unies à des vomissements de bile d'une certaine durée, sont presque toujours la suite d'une lésion grave de la muqueuse gastrique ; que les lésions de cette membrane débutent généralement à une époque avancée de l'affection ; que les douleurs à l'épigastre n'annoncent pas toujours, à

beaucoup près, une altération appréciable de l'estomac; que leur nature et leur siége sont souvent difficiles à apprécier.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.*

Vingt-trois *péripneumoniques*, sur cinquante-huit, éprouvèrent quelques symptômes gastriques, dans l'absence de la toux : quinze, des douleurs à l'épigastre, et dix, des vomissements. — Spontanées, ou provoquées par la pression, les douleurs eurent lieu le premier jour de la maladie dans un cas; du quatrième au dix-huitième dans les autres; et, passagères chez sept malades, elles persistèrent de deux à huit jours chez la moitié des sujets. — Les vomissements furent bilieux chez huit individus; ils eurent lieu le premier jour de l'affection dans un cas, du deuxième au trentième dans les autres, momentanément chez quatre malades, et pendant un espace de deux à sept jours chez six. — Les douleurs furent réunies aux vomissements de bile chez cinq d'entre eux : c'est-à-dire que ces cinq malades eurent, très probablement, d'après les faits exposés plus haut, une affection grave ou légère de la membrane muqueuse de l'estomac, sans qu'on puisse penser, toutefois, qu'ils aient été les seuls, les lésions de cette membrane devant être latentes chez les sujets qui guérissent aussi bien que chez ceux qui succombent, dans un certain nombre de cas.

De douze sujets atteints de *variole*, six eurent des douleurs à l'épigastre, quatre des vomissements de bile. — Les douleurs furent de peu de durée, de deux à cinq jours seulement ; et elles débutèrent les deux premiers dans deux cas, du cinquième au dix-huitième dans les autres. — Les

vomissements furent momentanés ou se renouvelèrent pendant deux ou trois jours seulement; ils eurent lieu au début de l'affection chez un sujet, à une époque plus ou moins éloignée chez les autres, coïncidèrent avec les douleurs chez deux d'entre eux. En sorte qu'on peut admettre que la membrane muqueuse de l'estomac fut le siége de quelque altération appréciable chez ces deux sujets.

Sur dix-huit malades, atteints de *scarlatine*, six eurent des douleurs à l'épigastre, et quatre des vomissements. — Les douleurs persistèrent du premier au cinquième jour dans un cas; elles débutèrent du quatrième au huitième dans les autres, furent passagères chez deux sujets, de quatre à cinq jours de durée chez les trois derniers. Les vomissements durèrent de deux à cinq jours, furent bilieux chez trois malades, débutèrent avec l'affection dans deux cas où ils étaient fades, le cinquième jour dans les autres, dont un est relatif à un sujet qui eut en même temps des douleurs à l'épigastre. — Il faut admettre que ce malade eut une affection appréciable de la membrane muqueuse de l'estomac à une certaine époque de la maladie principale.

De quatorze malades affectés de *rougeole*, trois eurent des douleurs à l'épigastre, un seul des vomissements de bile. — Les douleurs débutèrent le premier jour de l'affection dans un cas, les douzième et quatorzième dans les autres. Elles persistèrent neuf jours dans le premier, trois et quatre dans le second et le troisième. Les vomissements de bile eurent lieu dès le début, et pendant quinze jours, chez le malade qui eut des douleurs dès le principe de l'affection. Chez lui, l'altération de la membrane muqueuse de de l'estomac fut sans doute très grave.

Neuf des trente-sept sujets atteints d'*érysipèle à la face*, eurent des douleurs à l'épigastre; six des vomissements de

bile. — Les douleurs débutèrent le premier jour de l'affection dans quatre cas, le quatrième dans les autres ; et elles durèrent de quatre à six. — Les vomissements eurent lieu à peu près à la même époque; dès le début chez un des malades, pendant vingt-quatre heures chez quatre, pendant cinq jours chez le dernier. Ils étaient réunis aux douleurs épigastriques dans quatre cas : en sorte qu'en calculant d'après les bases que j'ai cru pouvoir adopter plus haut, la muqueuse gastrique aurait été plus ou moins altérée dans quatre cas au moins. Proportion supérieure à celle qui a été trouvée pour les malades affectés de rougeole, et qu'on pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer par la différence d'intensité du mouvement fébrile dans les deux maladies.

Sur trente-huit cas d'*angine gutturale*, neuf sont l'exemple de douleurs à l'épigastre, un autre est relatif à un malade qui eut des vomissements fades et amers alternativement. — Les douleurs eurent lieu du troisième au septième jour, excepté dans deux cas où elles débutèrent avec l'affection. Passagères, de vingt-quatre heures de durée seulement chez quatre sujets, elles persistèrent de cinq à dix jours chez les autres. — Les vomissements de bile ne furent ni accompagnés, ni précédés de douleurs épigastriques. En sorte qu'il n'est pas possible de savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ces vomissements, et de décider si la membrane muqueuse de l'estomac a été plus ou moins altérée dans les cas dont il s'agit. — Les nausées eurent lieu chez six sujets; mais on sent trop que ce symptôme, si infidèle dans les autres maladies aiguës, ne peut avoir beaucoup d'importance dans celle-ci, relativement à l'objet qui nous occupe.

De cinquante-cinq sujets atteints de *rhumatisme*, cinq eurent des douleurs à l'épigastre; deux des vomissements

de bile, deux des vomissements de matières fades. — Les douleurs débutèrent du neuvième au quarantième jour de l'affection, si ce n'est dans un cas où elles se manifestèrent le premier. Elles furent passagères dans celui où elles parurent à une époque avancée; elles persistèrent de trois à vingt jours dans les autres. — Les vomissements de bile coïncidèrent avec des douleurs épigastriques, ou leur firent suite chez deux sujets; en sorte qu'on ne s'éloigne sans doute pas beaucoup de la vérité, en admettant que la membrane muqueuse de l'estomac fut plus ou moins altérée à une certaine époque de la maladie, chez trois ou quatre des sujets dont il s'agit.

Parmi ceux qui furent affectés de *catarrhe pulmonaire*, sept, sur soixante-neuf, eurent, dans l'intervalle de la toux, des douleurs à l'épigastre, et neuf des vomissements de bile, dans le même temps. — Les douleurs débutèrent le premier ou le second jour de l'affection dans deux cas, à une époque plus ou moins éloignée dans les autres; elles furent passagères chez un des sujets, coïncidèrent avec les vomissements de bile chez deux malades : ce qui semble indiquer que la membrane muqueuse de l'estomac fut plus ou moins affectée dans deux cas au moins — Il importe d'ailleurs de remarquer, dans l'intérêt de la vérité, pour qu'on ne se hâte pas de conclure l'inflammation de la muqueuse gastrique, de l'existence d'un seul des symptômes qui nous occupent, que chez quelques-uns des sujets dont il s'agit, et qui n'éprouvaient pas de douleurs à l'épigastre, les vomissements de bile ont été arrêtés par l'émétique; qu'ainsi, comme je l'ai indiqué plus haut, les vomissements, même ceux de bile, n'ont d'importance, par rapport au diagnostic, qu'autant qu'ils sont réunis aux douleurs de l'épigastre,

ou qu'ils ont lieu chez un sujet qui a éprouvé des douleurs épigastriques pendant un certain temps.

De vingt-deux sujets atteints d'*urticaire*, de *zona*, d'*érythema marginatum*, trois (un pour chacune de ces affections) eurent des douleurs à l'épigastre, ou des vomissements de bile. — Les douleurs débutèrent les deuxième, troisième et huitième jour de l'affection; elles furent peu considérables et durèrent de trois à sept jours — Les vomissements se répétèrent pendant quatre jours, coïncidèrent avec des douleurs épigastriques chez un malade atteint d'urticaire, dont la membrane muqueuse de l'estomac était sans doute plus ou moins altérée, à cette époque.

Un peu plus de la troisième partie des sujets affectés d'*entérite* aiguë, souvent intense (trente-deux sur quatre-vingt-quatre), eut quelque symptôme gastrique; proportion inférieure à celle observée dans les cas où l'affection typhoïde offrait le moins de gravité, et dans lesquels la diarrhée était ordinairement très peu considérable. Vingt malades eurent des douleurs épigastriques, sept des vomissements de bile. —Les douleurs débutèrent les premiers jours de l'affection chez six d'entre eux, à une époque plus ou moins éloignée chez les autres. Elles furent passagères dans quelques cas, eurent de trois à vingt jours de durée dans quinze; elles furent lancinantes et accompagnées de chaleur dans deux : coïncidèrent avec les vomissements de bile, ou les devancèrent chez six malades. En sorte qu'on peut admettre, sur quatre-vingt-quatre cas d'entérite plus ou moins intense, au moins six exemples d'une affection consécutive de la membrane muqueuse de l'estomac.

Ainsi, cette membrane, comme celle de l'intestin, est affectée, dans une proportion variable, et à divers degrés

dans le cours de toutes les maladies aiguës fébriles, plus ou moins inflammatoires. L'anatomie met la chose hors de doute chez les sujets qui succombent; et la comparaison des symptômes éprouvés par ceux qui guérissent, avec les symptômes semblables éprouvés par ceux qui ont succombé, rend la chose à peu près aussi certaine pour les premiers que pour les seconds. Et non seulement cette comparaison démontre le fait d'une manière générale, mais elle indique le rapport dans lequel il a lieu.

Il résulte aussi des mêmes faits, que l'altération dont il s'agit est moins fréquente chez les sujets qui guérissent que chez ceux qui succombent, moins profonde aussi; que son degré et sa fréquence sont proportionnés, quelle que soit l'issue de la maladie, à la violence du mouvement fébrile. Ce dont on pourrait donner une nouvelle preuve par ce qui a lieu dans la colique de plomb; maladie ordinairement sans fièvre, et dans laquelle on ne peut rapporter les vomissements de bile qui ont lieu assez souvent dans son cours, à une inflammation de la muqueuse gastrique, puisque les émétocathartiques les dissipent rapidement; que d'ailleurs, les douleurs épigastriques qui l'accompagnent sont souvent soulagées, comme celles des autres parties de l'abdomen, par la pression. De manière que là où manque la fièvre, là aussi manquent les lésions secondaires, et même le moyen de les exciter par des médicaments énergiques; témoin encore la colique de plomb, dans laquelle les purgatifs les plus forts ne produisent pas de superpurgations.

ARTICLE V.

De la langue, de la bouche et de l'arrière bouche.

Les rapports anatomiques qui existent entre ces parties, et l'analogie qu'offrent, chez plusieurs sujets, les lésions qu'elles

présentent, m'ont engagé à les réunir pour les étudier en commun. Pour être nouveau, ce rapprochement, je l'espère, n'en paraîtra pas moins naturel, et je n'aurais pu y renoncer sans affaiblir, de beaucoup, l'intérêt qui me semble attaché à l'étude isolée des lésions de chacun des organes dont il s'agit.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

1° *De la langue.* Elle fut presque constamment dans l'état naturel, c'est-à-dire sans rougeur, humide et quelquefois seulement jaunâtre et blanchâtre, chez seize sujets ; parmi lesquels se trouvent plusieurs de ceux qui ont succombé du huitième au quinzième jour de l'affection, et qui sont venus assez à temps à l'hôpital pour être convenablement examinés sous ce rapport. La membrane muqueuse de l'estomac était ramollie et amincie dans deux de ces cas (obs. 6, 31), mamelonnée avec ou sans ulcérations, ordinairement ramollie, épaissie ou altérée dans sa couleur, dans neuf autres (obs. 8, 11, 20, 21, 23, 28, 39, 44, 45) ; ulcérée dans un douzième cas (obs. 42) ; simplement ramollie dans un treizième et dans un quatorzième (obs. 32, 43) ; saine dans les deux derniers, à part une légère altération de couleur dans l'un d'eux (obs. 41, 54). C'est-à-dire que la membrane muqueuse de l'estomac, loin d'être dans l'état naturel chez tous ou presque tous les sujets dont la langue n'avait rien offert de remarquable, offrait des lésions plus ou moins graves chez presque tous, et qu'à un même aspect de la langue, correspondaient des états variés de la membrane muqueuse de l'estomac.

La langue fut ordinairement sèche, d'un rouge plus ou moins vif à son pourtour, roussâtre au centre, ra-

rement brunâtre, chez douze sujets emportés après un espace de temps très variable (obs. 1, 2, 3, 7, 14, 19, 22, 27, 33, 34, 35, 36); et chez ces sujets comme chez ceux dont il a été question tout à l'heure, la membrane muqueuse de l'estomac présentait les états les plus variés; étant ramollie et amincie dans deux cas (obs. 27, 34), mamelonée, plus ou moins altérée dans sa couleur, ramollie ou épaissie dans cinq (obs. 1, 2, 3, 7, 36); ramollie, pointillée en rouge ou brunâtre chez trois sujets (obs. 19, 22, 33); saine ou seulement nuancée de rose chez les deux derniers (obs. 14, 34).

La langue s'éloigna bien davantage encore de l'état naturel, elle fut sèche, encroûtée, brunâtre, plus ou moins dure, rarement d'un rouge vif, quelquefois plus ou moins épaissie, chez huit sujets (obs. 9, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 53); et cela pendant un espace de temps assez souvent considérable, quel que fût l'état de la membrane muqueuse de l'estomac; laquelle était dans l'état naturel dans deux cas (obs. 18, 25), ramollie et plus ou moins rouge, dans le grand cul-de-sac, dans quatre autres (obs. 9, 15, 17, 52,), légèrement ulcérée près du pylore dans le septième (obs. 24), mamelonée et épaissie, sans être ramollie, dans le huitième (obs. 16).

En sorte que, quel que fût l'état de la langue, il n'était pas dans un rapport nécessaire avec celui de la membrane muqueuse de l'estomac, à beaucoup près; cette membrane étant plus ou moins profondément altérée ou saine, pour un même état de la langue, que celui-ci fût naturel ou presque naturel, ou qu'il s'éloignât beaucoup de l'état normal.

Ces trois états principaux de la langue n'étaient peut-être pas les plus remarquables : elle était plus ou moins épaissie,

fendilliée, sillonnée profondément dans deux cas, recouverte d'un enduit pultacé, blanchâtre, chez deux autres.

Deux de ces cas me semblent offrir assez d'intérêt pour trouver place ici, et je vais les faire connaître en commençant par celui dans lequel la langue était profondément ulcérée.

XXIXe OBSERVATION.

Diarrhée, douleurs hypogastriques; rougeur, épaississement de la langue qui est profondément sillonnée; délire, assoupissement, météorisme; mort au *vingt-neuvième jour*.— Ulcération longitudinale de la langue, appuyée sur sa portion charnue; plaques de l'iléum d'un gris bleuâtre, ulcérées, peu ramollies; état analogue des glandes mésentériques correspondantes; eschare au sacrum.

Un parqueteur, âgé de trente-deux ans, poitrine large, muscles bien prononcés, embonpoint peu considérable, fut admis à l'hôpital de la Charité le 6 mai 1823. A Paris depuis plus de deux ans, il avait été attaché antérieurement à l'artillerie de la marine, avait eu, trois années de suite, à Anvers, des fièvres d'accès quotidiennes ou tierces, de peu de durée, et, quelque temps après, à Cherbourg, une fièvre quarte qui s'était prolongée pendant trois mois. Sujet à la diarrhée et aux maux de gorge depuis plus de deux ans, il avait eu, en arrivant à Paris, une otite externe qui avait laissé à sa suite un écoulement, tari depuis trois semaines seulement. Il était malade depuis dix jours, et attribuait sa maladie à un excès de travail, pendant les deux semaines qui l'avaient précédée.

Au début: céphalalgie, douleurs dans les membres, soif, diminution de l'appétit, continuation de la diarrhée qui

existait déjà depuis sept jours, chaleur médiocre, sueur la nuit, douleur à l'épigastre. Cette douleur se dissipa au troisième jour, la toux débuta au cinquième, les autres symptômes continuèrent; il y eut tous les soirs un léger frisson, et le nombre des selles ne fut pas sensiblement augmenté.

Le 7 : figure un peu animée, réponses lentes, sommeil troublé par des rêves, comme depuis sept jours ; sentiment de lassitude et de faiblesse assez prononcé, bien que le malade soit venu à pied ; langue jaunâtre au centre, un peu rouge à la pointe, épaissie, offrant deux sillons longitudinaux de plus de 2 millimètres de profondeur, de 15 à 20 de longueur, douloureux par le frottement des dents, comme depuis quatre jours; bouche remplie de salive, amygdales rouges, sans gonflement; soif vive, déglutition facile, anorexie; tout le ventre mou et indolent, si ce n'est à gauche, où l'on sent une tumeur qui dépasse les côtes de 6 centimètres ; trois selles liquides sans coliques, cette nuit, comme la précédente; urine rouge et brûlante ; pouls large et plein, à quatre-vingt-cinq; chaleur médiocre, sueur nocturne, frisson léger, la veille au soir ; respiration facile, bruit respiratoire un peu plus faible à gauche qu'à droite. Le malade dit n'être venu à l'hôpital qu'à cause de la fièvre et de la douleur de la bouche. (*Orge sir. tart.* ter; *lav. lin.; pot. gom. diac.*).

Le 8 : figure un peu animée, langue un peu sèche, plus douloureuse et plus épaisse que la veille; soif moindre, huit selles liquides, ventre indolent; chaleur vive, sans sueur.

Le 9: abattement des traits, lenteur extrême dans les réponses et dans les mouvements, oreille dure, somnolence, sommeil interrompu par des rêves, céphalalgie; taches roses, lenticulaires, aplaties, mal dessinées, sur l'abdomen et sur la poitrine; pouls large, plein, un peu redoublé, à

quatre-vingt-quatre (*Limon.* ter; *petit-lait : lav. lin. ; catapl. ; pot. gom.*)

Du 10 au 16; stupeur légère, assoupissement plus ou moins profond, soit le jour soit la nuit; attitude abandonnée le 12; ni céphalalgie ni délire, si ce n'est dans la nuit du 15 au 16. — La langue fut plus ou moins croûteuse ou sèche; ses sillons et les lèvres furent forts saignants le 15, l'haleine horriblement fétide, ce qui continua jusqu'à la mort. Le ventre était un peu météorisé le 14, sensible à la pression, dans les fosses iliaques, le 15; il y eut des alternatives de constipation et de diarrhée. — Les taches lenticulaires devinrent plus nombreuses, le pouls fut moins large et toujours un peu redoublé à gauche; différence qui persista dans la suite.

Le 16 : somnolence, selles rares, douleurs dans la fosse iliaque droite, langue humide et rouge antérieurement, noirâtre en arrière. (*Orge éd. av. acide mur.* bis; *infus de kk. av. ac. mur.* ; *pot. av. vin et sirop de kk. aa.* 60 *grammes* ; *fom. arom. sur l'abd*).

Il y eut du délire dans la journée et dans la nuit du 16 au 17, davantage encore dans celle du 18 au 19. Il persistait le 19 au moment de la visite : alors la figure était plus altérée qu'à l'ordinaire, ensanglantée, comme les doigts, par le sang exhalé de la langue et des lèvres; la respiration était gênée, le pouls plus fréquent qu'à l'ordinaire.

Le 20 : continuation du délire, figure pâle, assoupissement assez profond, traits écoulés, bras tremblants par le moindre mouvement, soubresauts continuels dans les tendons, décubitus dorsal, les genoux élevés, comme à l'ordinaire; expectoration difficile, pouls à quatre-vingt-cinq. (*Boissons* ut suprà ; *pot. av. sir. et vin de kk. aa* 60

grammes, et sulf. de kin. 15 *décigrammes; fom. arom.; lav. kk. camp).*

Dès lors, jusqu'à la mort, qui arriva le 25 au soir, voici ce que j'observai. Le délire cessa dans la journée du 21 et ne reparut que dans la soirée du 24 ; l'oreille fut plus ou moins dure, l'altération des traits variable, les membres étaient ordinairement tremblants. — La langue fut vacillante, humide et sèche alternativemnnt, parfois encroûtée ; le pouls battait quatre-vingt-huit fois par minute le 22, jour où j'aperçus une eschare au sacrum.

Le 25, le malade offrait une agitation légère et continuelle des membres; il s'aidait encore pour prendre sa potion amère; son ventre était très météorisé, son pouls à cent dix, un peu vacillant; la respiration était assez haute, à trente-six — Il y eut beaucoup de chaleur, de délire et d'agitation jusqu'à la mort.

La dose de sulfate de quinine fut portée, le 21, à 3 grammes, et encore augmentée, d'un tiers, le lendemain.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Articulations souples. — Neuf heures après la mort, le cadavre étant encore au lit et incomplétement refroidi, ses membres étaient très raides.

Tête. Granulations opaques nombreuses, près du sillon longitudinal, du côté gauche, sur une surface de 100 millimètres, près de l'arachnoïde, qui était épaissie et opaque dans ce point. A peine une petite cuillerée de sérosité bien claire dans chacun des ventricules latéraux. Pie-mère faiblement injectée ; cerveau ferme, médiocrement sablé de sang ; le reste de l'encéphale sain.

Bouche et cou. La langue offrait, d'avant arrière, un sillon un peu obliquement dirigé, de plus de 25 millimètres

de longueur, de 3 de large, reposant sur la tunique musculaire. — L'amygdale gauche était augmentée de volume, contenait, dans une petite cavité lisse, sans ouverture, une petite cuillerée de pus homogène. — Quelques glandes cervicales étaient rouges et plus volumineuses que dans l'état naturel. — L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable, à part quelques taches verdâtres.

Poitrine. Le cœur était un peu petit et mou, contenait, comme l'aorte, un peu de sang. L'aorte était d'une rougeur inégale dans toute son étendue. — Quelques adhérences cellulaires unissaient la plèvre et le poumon gauche. Ce poumon et le droit étaient sains antérieurement, noirâtres en arrière dans toute leur hauteur, mais assez mous, et ils contenaient une petite quantité de sang spumeux, dans cette partie où il n'y avait pas trace d'hépatisation

Abdomen. La muqueuse œsophagienne était recouverte d'épiderme dans toute son étendue. — L'estomac avait son volume ordinaire, et il contenait une petite quantité de liquide. Sa membrane muqueuse était couverte d'une couche de mucosités peu épaisses, d'un gris-bleu dans toute son étendue, excepté dans les environs du cardia et du pylore, d'une bonne consistance et même un peu plus ferme dans le grand cul-de-sac, où elle était légèrement épaissie, que dans l'état ordinaire. Sa tunique sous-muqueuse était parfaitement saine. — Il n'y avait rien de remarquable dans le duodénum. — L'intestin grêle était très météorisé, offrait, à l'intérieur, une médiocre quantité de mucus jaune, dans sa première moitié, et une matière pulpeuse verdâtre, dans la seconde. Sa membrane muqueuse était grisâtre dans quelques points, sans aucune rougeur, mince et d'une bonne

consistance dans toute son étendue. Les plaques elliptiques de Peyer étaient fort distinctes dans toute la longueur de l'iléum. Blanchâtres d'abord, puis grisâtres et pointillées de noir, plus ou moins bleuâtres, rarement rougeâtres, elles étaient saillantes près du cœcum, dans la longueur d'un mètre, d'autant plus larges et longues qu'elles étaient plus voisines de cet intestin, près duquel elles avaient 80 millimètres dans leur grand diamètre. Quatre d'entre elles étaient ulcérées dans la surface de 25 millimètres, et la tunique musculaire était à nu au fond de l'ulcération. Les bords de celle-ci avaient au moins 2 millimètres d'épaisseur et étaient formés par la membrane muqueuse et par le tissu cellulaire correspondant, lequel donnait aux plaques la plus grande partie de leur relief. — Le gros intestin était très météorisé, offrait plusieurs larges replis dans la région épigastrique, et contenait une médiocre quantité de matière pultacée, brunâtre dans le cœcum. Sa membrane muqueuse était rougeâtre et grisâtre, un peu ramollie dans cette dernière partie, où elle offrait une petite ulcération qui reposait sur le tissu cellulaire sous-muqueux ; elle avait une consistance et une épaisseur convenables au-delà, même dans quelques points noirâtres des colons transverse et descendant. — Les glandes mésentériques étaient fort médiocrement augmentées de volume, et d'un gris-bleu. Les mésocolites offraient un état analogue. — Le foie était mou, rose à l'intérieur, assez difficile à déchirer. — La rate avait une couleur et une consistance naturelles, 19 centimètres de haut sur une largeur proportionnée. — Les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

Arrêtons-nous d'abord sur ce que la langue offre de plus saillant, l'épaississement et l'ulcération. L'ulcération était

longue, étroite et profonde, reposait sur les fibres charnues; l'inflammation en avait été une des causes principales; la rougeur et l'épaississement qui l'accompagnaient le démontrent. Qu'une lésion semblable eût existé dans toute autre partie du corps, à la peau par exemple, on l'aurait rangée sur la même ligne qu'une foule d'autres altérations qui surviennent dans le cours des maladies aiguës, dont on ne recherche pas la cause dans l'état de la muqueuse gastrique. Et puisqu'il résulte des faits précédemment exposés, qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre la langue et cette membrane, qu'elles se trouvent fréquemment dans des états opposés; il faut considérer celui de la langue, chez le sujet dont il s'agit, de la même manière que nous avons envisagé toutes les lésions secondaires. Comme elles, il n'est pas entièrement indépendant de l'affection principale; mais il n'y tient que par une loi commune à tous les organes, et qui, suivant la disposition des sujets, les rend plus ou moins aptes à telle ou telle lésion : en sorte que chez l'un, c'est une inflammation de la muqueuse du gros intestin, chez l'autre, une inflammation de la langue, chez un troisième, une gastrite.

Ce qui est vrai de l'inflammation qui donne lieu à l'épaississement, aux plaques pultacées, et à l'ulcération de la langue, l'est nécessairement aussi de celle qui ne s'accompagne, ni d'ulcération, ni d'éruption de plaques blanches pultacées, qui ne se manifeste que par une simple rougeur, avec ou sans picotements. De manière que tous ces états de la langue qui ont lieu dans l'affection typhoïde doivent être considérés comme le résultat d'une seule et même cause, qui leur est commune avec toutes les lésions secondaires; lésions qui se manifestent, à des époques plus ou moins éloignées de la maladie principale.

La marche générale de l'affection fut ce qu'elle est ordinairement : les premiers symptômes étaient relatifs au trouble des fonctions digestives, et les lésions les plus graves avaient leur siége dans la partie de l'iléum la plus rapprochée de la valvule iléo-cœcale; le malade qui était sujet au dévoiement, en avait depuis dix jours quand il eut des douleurs à l'hypogastre et quand il perdit plus ou moins complétement l'appétit; des symptômes cérébraux se joignirent bientôt à ces premiers accidents, et cessèrent dans les derniers jours de la vie; le météorisme, qui n'avait jamais été considérable, prit beucoup de développement le jour même de la mort, ou vingt à trente heures avant; et, à l'ouverture du cadavre, on trouva plusieurs ulcérations dans la partie de l'iléum voisine du cœcum, leur pourtour saillant, bleuâtre, à peine nuancé de rose dans quelques points, la muqueuse qui concourait à les former, très médiocrement ramollie, les glandes mésentériques d'une même couleur, gris-bleuâtre et un peu ramollies. En sorte que ces altérations avaient les caractères qu'elles offrent ordinairement chez les sujets dont l'affection a traîné en longueur, est demeurée stationnaire pendant quelque temps, ou a commencé à rétrograder; ce qui était le cas.

Maintenant, que le début de l'affection typhoïde, ou de l'altération des plaques de l'iléum, soit le même que celui de la diarrhée; qu'il ne remonte, au contraire, qu'à l'époque à laquelle les douleurs hypogastriques ont eu lieu; c'est ce qu'il me semble impossible de décider d'une manière incontestable. On peut dire, en faveur de la dernière supposition, que le malade étant très sujet à la diarrhée, et celle-ci n'ayant pas été accompagnée, avant les douleurs hypogastriques, de symptômes différents de ceux auxquels

elle donnait ordinairement lieu, n'était encore, à cette époque, qu'une simple entérite; et l'on peut incliner pour la première supposition, en considérant que, dans quelques cas, l'affection commence d'une manière extrêmement bénigne, et qu'il n'y a pas de raison pour qu'il n'en ait pas été de même ici.

Quant à la cause de la mort, il ne me semble pas possible de la déterminer d'une manière satisfaisante. Les lésions de la muqueuse gastro-intestinale étaient peu considérables; les altérations accessoires, si l'on en excepte l'eschare du sacrum, n'étaient pas moins légères; et, quelle que part qu'on donne à celle-ci dans la cause dont il s'agit, la mort me paraît difficile à expliquer par l'état des organes. Je ferai toutefois, relativement au météorisme, une réflexion qui me paraît de quelque importance. Ce symptôme avait été très médiocre jusqu'au jour de la mort du sujet; ce même jour, ou la veille, mais pas au-delà de vingt-quatre heures avant le terme fatal, le météorisme devint très considérable; et l'on ne peut s'empêcher d'admettre que chez un individu affaibli par de longues souffrances, il ait dû produire un trouble plus ou moins profond dans l'exercice de toutes les fonctions, et concourir puissamment à la mort, dont il a peut-être été la cause la plus efficace.

Passons maintenant au fait relatif à l'exsudation couenneuse de la langue.

XXXe OBSERVATION.

Diarrhée, diminution de l'appétit, puis douleurs de ventre, délire, météorisme; rougeur, épaississement de la langue qui se couvre d'une exsudation membraniforme dans les derniers jours; mort au

trente-sixième. — Plaques elliptiques de l'iléum rouges et bleuâtres, médiocrement épaissies et ramollies, n'offrant que de petites ulcérations; glandes mésentériques grisâtres, volumineuses près du cœcum; lobe inférieur du poumon droit hépatisé, etc.

Un porteur d'eau, âgé de dix-huit ans, d'une taille assez élevée, d'une constitution médiocrement forte, fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 30 janvier 1817. Il était à Paris depuis trois mois, malade depuis vingt-quatre jours, et son père, qui en avait pris grand soin, me donna à son sujet les renseignements qui suivent. L'affection avait débuté par des maux de tête, la soif, la diminution de l'appétit, qui fut bientôt nul, et la diarrhée; puis celle-ci avait continué sans interruption, à un médiocre degré; des douleurs de ventre, dans l'hypochondre gauche surtout, s'y étaient jointes au sixième jour; la céphalalgie avait cessé au cinquième, le malade avait pris le lit au dixième; le délire s'était déclaré dans les trois derniers : il y avait eu quelques épistaxis.

Un peu de rhubarbe, donnée au sixième jour de l'affection, avait amené des vomissements qui s'étaient fréquemment renouvelés jusqu'à l'admission du malade, quelquefois mêlés de bile. Des lavements émollients avaient été administrés une ou deux fois le jour, des boissons délayantes ordonnées. Le sujet n'avait pas été saigné, et n'avait fait aucun excès.

Le 31 : décubitus dorsal, bouche entr'ouverte, paupières closes, figure violacée, pas d'affaissement dans les traits; calme, somnolence quelquefois interrompue par des grognements que le moindre attouchement provoque, qui deviennent bientôt insupportables, et ressemblent assez à ceux d'un animal qu'on égorge : ils avaient été fréquents la nuit, et mêlés de gémissements au milieu desquels on avait entendu le malade se plaindre de douleurs de tête et de ventre.

Celui-ci était météorisé; il y avait eu quelques selles involontaires; le pouls était régulier, large, à cent; la chaleur assez élevée; la toux rare, le bruit respiratoire mêlé de râle sibilant; la langue sèche et rousse. Il n'y avait aucune tache lenticulaire (*quinze sangs. à la fosse iliaque droite; dix à l'ombilic*; *eau de gomme*; *deux demi-lavements*).

Les mêmes symptômes persistèrent dans la journée, l'assoupissement fut continuel, les sangsues fournirent une assez grande quantité de sang. Le lendemain, le malade ne donnait d'autre signe d'intelligence que de montrer sa langue, ce qu'il ne faisait guère que quand on l'avait mis à son séant. Elle était sèche, brunâtre, un peu épaissie, avec un sillon longitudinal au centre : les paupières étaient toujours closes, les pupilles médiocrement dilatées; les autres symptômes dans le même état que la veille (*quinze sangs. de chaque côté de l'abd.*; *sinap. aux pieds*).

Depuis lors jusqu'au 12 février, jour de la mort, voici ce que j'observai. Les cris furent continuels, et le malade en poussait encore, le 12, à huit heures du matin, une demi-heure avant d'expirer. Il ne reconnut ses parents ni le 6 ni les jours suivants, et, à part une réponse faite le 5, relativement à la gorge où il avait mal, il ne donna aucun signe d'intelligence. La figure devint graduellement moins violacée, et elle reprit sa couleur naturelle, le 4; le cou était raide, la tête renversée en arrière, le 8, ce qui fut presque constant jusqu'à la mort. Les paupières furent toujours closes, les pupilles de la même largeur qu'auparavant, le décubitus dorsal. — L'abdomen fut sensible à la pression, qui redoublait les grognements; les selles furent involontaires et rares (une ou deux dans la journée); la déglutition difficile, de manière que le malade n'avalait que par gorgées, et rejetait assez souvent les boissons après les avoir reçues

dans la bouche. La luette fut rouge et la langue, qu'on ne pouvait voir qu'en plaçant le manche d'une cuillère entre les dents, était ordinairement naturelle au pourtour et noirâtre au centre. Le 6 elle était couverte d'une exsudation blanche, pultacée, épaisse, qui recouvrait aussi le palais et les lèvres. Elle était dans le même état, et beaucoup plus épaisse que le jour précédent, le 7. Le 10, la matière pultacée ou caséiforme était comme pulvérulente. — Le pouls fut très irrégulier les 6 et 7, très petit et très accéléré, dès ce moment, jusqu'à la mort, de manière que ses pulsations se répétaient de cent-vingt-quatre à cent trente fois par minute; la chaleur fut toujours assez forte, et je n'observai de taches lenticulaires dans aucun temps. — La toux fut extrêmement rare, le bruit respiratoire pur ou sans mélange de râle jusqu'au 8, jour auquel la percussion et l'auscultation, pratiquées avec soin, n'offrirent rien de remarquable.

On ordonna, le 2, 500 grammes de glace sur la tête et des sinapismes aux pieds; le 3, des vésicatoires aux mollets; les 4 et 8, des sangsues aux oreilles; et, le 11, des fomentations d'alcool camphré.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Deux petites excoriations à la fesse gauche et au coccyx. Plaies des vésicatoires pâles, peau correspondante très amincie au centre; muscles un peu pâles, fermes, très légèrement poisseux.

Tête. Granulations opaques, nombreuses, nées de l'arachnoïde, contre le sillon longitudinal. Infiltration séreuse assez considérable au-dessous de cette membrane. Près d'une cuillerée de sérosité dans le ventricule latéral du côté gauche; un peu moins dans le droit. Substance corticale d'un

rose très tendre, uniforme; la médullaire médiocrement injectée; l'une et l'autre d'une bonne consistance. Le reste sain.

Cou. Langue peu épaissie, offrant, à sa surface supérieure, des débris de matière pultacée. Pharynx enduit d'un mucus épais et visqueux. Épiglotte pâle, un peu épaissie à son pourtour, principalement à sa partie supérieure, où elle était détruite, dans la hauteur de 9 millimètres, surtout à gauche. — Larynx et trachée-artère dans l'état naturel.

Poitrine. Nul épanchement de sérosité dans le péricarde. Cœur un peu moins ferme que dans l'état normal. Aorte étroite, très blanche, contenant une assez grande quantité de sang noirâtre, liquide ou caillé. — Adhérences celluleuses, universelles et serrées, entre le poumon droit et la plèvre correspondante; le gauche parfaitement libre. Quelques gouttes de sérosité dans chacune des plèvres. Le lobe inférieur du poumon droit était d'un rouge foncé en arrière, lourd, grenu, hépatisé, ses vaisseaux bien distincts; et le lobe supérieur dans l'état naturel. Le poumon gauche, son lobe inférieur surtout, était beaucoup moins mou que dans l'état normal, sans offrir de lésion appréciable.

Abdomen. Œsophage parfaitement sain. — Estomac d'un médiocre volume, contenant une petite quantité de liquide grisâtre et légèrement visqueux. Sa membrane muqueuse était jaunâtre et ramollie, dans une petite portion du grand cul-de-sac; roussâtre, un peu mamelonnée et légèrement épaissie à sa face postérieure, dans une étendue assez considérable; d'une bonne consistance, à part le point indiqué. — La muqueuse du duodénum était grisâtre; les cryptes de sa portion pylori-valvulaire étaient beaucoup moins développées que celles de la portion suivante. — L'intestin grêle avait un médiocre volume, et contenait peu de mucus. Sa

membrane interne était grisâtre dans toute son étendue, mince et un peu ramollie dans l'iléum, où elle ne fournissait, par traction, que des lambeaux de 8 à 10 millimètres. Une plaque elliptique, doublée d'épaisseur, grisâtre, placée au commencement de cette partie de l'intestin, offrait une ulcération de 2 millimètres de diamètre; au-delà, en s'avançant vers le cœcum, les plaques devenaient plus larges, étaient plus rapprochées, plus ou moins rouges; et quatre d'entre elles, les plus voisines de la valvule iléo-cœcale, offraient des ulcérations, à peine un peu plus larges que la précédente, mais plus profondes, reposant sur la tunique musculaire, qui était à nu, un peu épaissie et rouge. Entre ces plaques, d'un millimètre et demi ou environ d'épaisseur, s'en trouvaient d'autres beaucoup moins considérables, irrégulières, ulcérées ou non ulcérées, d'ailleurs semblables aux premières et, de plus, un assez grand nombre de cryptes solitaires, blanchâtres, miliaires. — Le gros intestin avait un médiocre volume, et il contenait des matières pultacées ou moulées. Sa membrane muqueuse avait une couleur grisâtre et roussâtre, une épaisseur un peu plus considérable que dans l'état normal; elle était très ramollie dans sa première moitié, où l'on ne pouvait en obtenir de lambeaux par traction; après quoi elle prenait successivement plus de consistance, à mesure qu'on s'approchait du rectum. Des cryptes lenticulaires, aplaties, marquées d'un point central noir, existaient dans toute la longueur du colon. — Les glandes mesentériques étaient volumineuses, bleuâtres, un peu ramollies dans le voisinage du cœcum; les mésocolites, à peu près dans le même état, dans la même région. — Le foie était pâle, d'un volume médiocre, d'une consistance ordinaire, d'un aspect mat à l'intérieur : la bile de la vésicule peu abondante, très liquide et d'un jaune clair. — La rate

avait son volume ordinaire, une couleur foncée, une bonne consistance. — Les reins étaient pâles, d'une fermeté médiocre. — Les autres viscères étaient sains.

La difficulté de voir la langue m'a sans doute empêché de reconnaître, à son début, l'exsudation dont elle était couverte; et la même raison ne m'a pas permis, non plus, de vérifier la couleur de la muqueuse à cette époque. Mais comme elle était rouge antérieurement à l'exsudation; comme celle-ci est presque constamment, sinon toujours, liée à un état inflammatoire (1); comme d'ailleurs la langue était épaissie; on ne saurait douter qu'elle ait été enflammée : et puisqu'on ne peut attribuer cet état à la membrane muqueuse de l'estomac, moins encore parce que ses lésions étaient légères, qu'à raison des faits rapportés plus haut, il en résulte qu'ici encore, avec une expression un peu différente de celle qui lui est le plus ordinaire, l'inflammation de la langue avait obéi aux mêmes lois que dans le cas précédent; lois qui président à l'altération de tant d'autres organes, dans le cours des maladies aiguës.

La dysphagie, dont la durée fut considérable, avait sans doute sa cause dans l'état de la langue, dans celui du voile du palais et de l'épiglotte, dont la destruction partielle est ordinairement accompagnée d'une difficulté plus ou moins grande de la déglutition (2).

Quant au caractère de la maladie principale, il ne pouvait être douteux pendant la vie, tous les symptômes de l'affection typhoïde s'étant développés successivement et dans leur ordre habituel. Les premiers, la diminution de l'appétit, la diarrhée, et bientôt les douleurs de ventre, plaçaient

(1) *Recherches sur la phthisie*. p. 345.
(2) *Loc. cit.* p. 244.

le siége de la maladie, à son début, dans l'abdomen; et l'état des plaques elliptiques de l'iléum montrait assez qu'elles avaient été le point de départ des symptômes; leur couleur et leur consistance indiquant qu'elles suivaient, depuis un certain nombre de jours, une marche rétrograde.

La membrane muqueuse du colon gauche et celle du grand cul-de-sac de l'estomac n'offrant que de légères lésions, il est difficile de se rendre compte des douleurs éprouvées par le malade dans l'hypocondre gauche; à moins de les attribuer à la rate qui en est incontestablement le siége quelquefois, et d'admettre que son volume ayant été plus ou moins considérable à une certaine époque, aura ensuite rétrogradé, comme l'altération des plaques de l'iléum et celle des glandes mésentériques. Manière de voir qui n'est que vraisemblable, et qui n'est pas susceptible d'une démonstration plus rigoureuse, dans un cas isolé.

La cause de la forme particulière des symptômes cérébraux ne saurait même être soupçonnée. Les anciens pathologistes auraient fait une variété de cette forme; mais ces différents aspects sous lesquels se présente le trouble d'une même fonction, offrent d'autant moins d'importance, que le délire et la plupart des accidents cérébraux peuvent manquer, sans que le caractère de la maladie, toujours identique, soit douteux.

L'inflammation du poumon droit n'était pas antérieure aux cinq derniers jours de la vie; car la percussion et l'auscultation pratiquées, avec soin, à cette époque, n'avaient offert alors rien de remarquable; mais elle mérite d'être signalée, en ce qu'elle a nécessairement accéléré la mort du sujet, dont elle est peut-être la véritable cause.

Bien que la peau correspondante aux vésicatoires fût amincie, la tendance à l'ulcération était bien peu considéra-

ble chez ce sujet qui, après être resté plus de douze jours sur le dos, n'offrait que quelques légères excoriations au sacrum, et dont les plaques elliptiques de l'iléum n'avaient éprouvé qu'une très légère perte de substance.

En résumé, la langue fut dans l'état naturel ou presque naturel chez la troisième partie des sujets; elle présenta les signes d'une inflammation plus ou moins profonde ou superficielle chez presque tous les autres : tantôt une rougeur plus ou moins vive, avec ou sans sécheresse et sans épaississement; et tantôt un encroûtement d'une épaisseur variable, des sillons plus ou moins profonds, une exsudation pultacée, et un épaississement quelquefois considérable. C'est-à-dire que l'inflammation de la langue fut aussi fréquente que celle de beaucoup d'autres organes, et s'offrit sous des formes non moins variées.

De la bouche et de l'arrière-bouche. La difficulté de voir l'intérieur de la bouche et l'arrière-bouche, chez les sujets atteints de l'affection typhoïde, m'a souvent mis dans l'impuissance de constater leur état pendant la vie; en sorte que je ne puis établir de rapport entre la fréquence de leurs lésions et celles de la langue. Voici, toutefois, ce que j'ai observé à ce sujet.

A part les huit cas dont il a été question dans la seconde partie de cet ouvrage, et dans lesquels le pharynx présentait des traces plus ou moins profondes d'inflammation, les parois de la bouche et de l'arrière-bouche m'ont offert, pendant la vie, quelque altération chez six sujets. Le pharynx fut rouge et la déglutition gênée, six jours avant la mort, dans un cas (obs. 4); l'une des amygdales fut rouge et volumineuse, dix-huit jours avant la même époque, dans un

autre (obs. 29); la luette plus ou moins rouge dans un quatrième (obs. 30); le voile du palais rouge et tendu, long-temps avant le terme fatal, chez deux sujets dont la maladie eut une marche très lente (obs. 18, 39); et chez l'un d'eux le palais fut encroûté comme la langue. Enfin, les lèvres, les joues et la voûte palatine se couvrirent d'une exsudation membraniforme, dans les deux cas où la langue offrait la même lésion.

En réunissant ces faits aux lésions du pharynx que j'ai rappelées tout à l'heure, nous aurons, malgré le petit nombre de malades dont j'ai pu examiner le palais ou l'intérieur des joues, pendant la vie, quatorze exemples d'altérations plus ou moins graves, toutes inflammatoires, des organes qui forment les parois de la bouche ou de l'arrière-bouche.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

1° *De la langue.* Des cinquante-sept sujets dont l'affection fut *grave*, quinze eurent la langue dans l'état normal, ou du moins humide et sans augmentation de la rougeur qui lui est naturelle. Elle fut sèche et plus ou moins rousse, pendant quelques jours, chez huit individus; non moins sèche et brunâtre chez neuf autres, dont la diarrhée et les symptômes gastriques n'avaient pas différé sensiblement de ce qu'ils étaient chez les premiers; rouge, sèche, fendillée, encroûtée dans quinze cas; d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois douloureuse et toujours épaissie, chez huit sujets; plus ou moins largement couverte d'une exsudation blanche, pultacée, chez quatre autres, parmi lesquels se trouve un de ceux qui l'avaient épaissie. Enfin, elle offrait quelques ulcérations dans deux cas.

Dans ceux où la langue était à la fois plus ou moins

rouge, épaissie, et souvent douloureuse, il y avait manifestement inflammation; et cet état, qui n'avait débuté, chez aucun sujet, avant le onzième jour de l'affection, avait persisté de quatre à vingt : c'est-à-dire qu'il avait exactement suivi la marche des lésions secondaires qui ont lieu dans le cours des fièvres ou des autres maladies aiguës dont la terminaison est funeste. — Le sujet chez lequel l'épaississement fut le plus remarquable, est aussi celui dont l'inflammation de la langue eut la plus longue durée.

Cet organe n'était épaissi que dans un des quatre cas où il offrait une exsudation pultacée, comme je l'ai dit tout à l'heure; mais dans tous, sa membrane muqueuse était d'un rouge plus ou moins vif ou bleuâtre; et cette lésion, qui n'eut que de deux à cinq jours de durée, débuta du vingtième au cinquantième jour de la maladie (1).

Les ulcérations étaient allongées, plus ou moins profondes dans un cas; elles ne se manifestèrent pas avant le quinzième jour, et elles ne furent cicatrisées qu'au dixième, à compter de leur début.

A supposer que la langue n'eût été enflammée que dans les cas où elle était rouge et épaissie, ulcérée ou couverte d'une exsudation pultacée, cette inflammation aurait eu lieu chez treize sujets, à un degré remarquable;

(1) Cette apparition tardive de l'exsudation pultacée de la langue, dans les affections aiguës, a également lieu dans les maladies chroniques, comme je l'ai exposé ailleurs; et elle me semble indiquer que la faiblesse qui favorise le développement de beaucoup de maladies, de l'inflammation en particulier, est presque un des éléments nécessaires de celle qui est accompagnée d'une exsudation pultacée : en sorte que l'on peut croire que cette condition n'est pas étrangère à la préférence que le croup affecte pour le jeune âge, époque de faiblesse bien plus que de force.

et cette proportion est grande. Mais elle est inférieure à la véritable, vu qu'on ne saurait douter que, chez un certain nombre de sujets dont la langue était très rouge, plus ou moins sèche et encroûtée, sans que j'aie observé ni ulcération, ni exsudation pultacée, ni épaississement, elle ne fût enflammée : l'inflammation, comme cela est si ordinaire dans des cas analogues, pouvant être bornée à la muqueuse, ne pas donner lieu à l'ulcération, ne se manifester que par la douleur et la rougeur, ou la rougeur seulement.

Quant à la sécheresse de la langue, 'que cet organe fût en même temps rouge et épaissi, ou seulement roussâtre, c'est-à-dire manifestement enflammé ou non enflammé, on ne peut y voir, ce me semble, qu'un phénomène analogue à celui qu'offre la peau dans les affections fébriles; phénomène dont le développement est singulièrement favorisé ici, par le passage continuel de l'air sur la surface de la langue, dans les cas où la respiration, par les fosses nasales, est devenu impossible, à raison du dessèchement des matières qui obstruent ces cavités, ce qui n'est pas rare.

2° *De la bouche et de l'arrière-bouche.* De trente-deux sujets chez lesquels j'ai examiné la bouche et l'arièrre-bouche, vingt-un offraient des lésions dans une ou plusieurs des parties qui les composent. C'était une rougeur plus ou moins vive du pharynx, qui ne s'étendait pas au-delà, chez quatre malades; chez sept, une rougeur semblable bornée aux piliers ou à la luette, un peu augmentés de volume dans quelques cas. La même coloration s'étendait, chez les dix autres, au pharynx, au voile du palais, aux amygdales ou à la luette; et les

amygdales étaient gonflées dans trois cas, le voile du palais, dans deux, le pharynx, dans une partie de son étendue chez un malade; la voûte palatine était couverte d'un assez grand nombre de pellicules blanchâtres, qu'on en séparait avec facilité, chez un sujet. Deux autres offraient des ulcérations aux piliers du voile du palais; un dernier à la lèvre inférieure.

A ces symptômes inflammatoires se joignaient, dans presque tous les cas, des douleurs, des picotements, une sècheresse à la gorge, une difficulté plus ou moins grande dans la déglutition; et ces sensations pénibles persistèrent encore, chez quelques malades, après la disparition de la rougeur et du gonflement. D'autres éprouvèrent de la sécheresse et des douleurs de gorge, sans que les organes qui en paraissaient le siége s'éloignassent sensiblement de l'état naturel : ce qu'il faut remarquer, pour se préserver des fausses interprétations auxquelles la douleur pourrait conduire, sous le rapport du siége et de la nature des maladies.

Ces lésions débutèrent, dans la grande majorité des cas, après le dixième jour de l'affection, rarement du huitième au dixième, et je n'ai observé de rougeur au voile du palais, le sixième jour, que chez un sujet. — Elles durèrent de deux à vingt jours, davantage quand la rougeur était unie au gonflement que quand elle existait seule.

Entre ces lésions et celles de la langue il y a, comme on voit, une analogie parfaite. Si l'inflammation de la langue fut tantôt superficielle, tantôt unie au gonflement, quelquefois suivie d'ulcération ou accompagnée d'une exsudation pultacée; il en fut exactement de même des organes qui forment les parois de la bouche et de l'arrière-bouche, dans une proportion au moins aussi considérable.

Et comment assigner des causes différentes à des lésions dentiques, uniquement parce qu'elles n'auraient pas le même siége?

La *langue* resta dans l'état naturel ou fut seulement limoneuse, chez dix-sept des trente-un sujets dont l'affection fut *légère.* Elle fut momentanément sèche et rousse chez six, à une époque plus ou moins avancée de l'affection; sèche, rouge et encroutée, ou fendillée, dans cinq cas, et pendant un espace de temps qui a varié de trois à sept jours; plus ou moins rouge et épaissie, chez trois malades, pendant l'espace de deux à quinze jours.

Les *autres parties de la bouche et de l'arrière-bouche* offrirent des altérations semblables à celles de la langue, chez dix sujets, et à un degré un peu plus considérable généralement : tantôt une simple rougeur, tantôt, et le plus ordinairement, une rougeur unie au gonflement. Si l'on en excepte deux cas dans lesquels la rougeur était bornée au voile du palais ou au pharynx, elle s'étendait à un plus ou moins grand nombre d'organes. Outre la rougeur, la luette et le voile du palais étaient plus ou moins épaissis chez deux sujets; la luette et les amygdales, chez un troisième; les amygdales et le pharynx, chez un quatrième; la luette, le voile du palais, ses piliers, le pharynx, étaient plus ou moins tendus chez un cinquième, qui offrait aussi une ulcération à l'un des piliers. Il y eut à la fois, dans un cas, rougeur au pharynx et ulcération des parois de la bouche, vis-à-vis l'une des dernières molaires; et, dans un septième, la lèvre inférieure elle-même était ulcérée.

La rougeur fut passagère dans trois cas; de plus longue durée, de manière à persister de quatre à dix jours, dans

les autres ; et proportionnée, sous ce rapport, au degré du gonflement.

Ainsi les lésions de la langue, de la bouche et de l'arrière-bouche étaient les mêmes dans les cas où l'affection était grave et dans ceux où elle était légère ; mais elles étaient moins fréquentes dans ceux-ci que dans les autres : en sorte que, sous quelque point de vue que nous les examinions, nous les voyons offrir entre elles beaucoup d'analogie, et suivre exactement la marche des lésions secondaires des autres organes; lésions qui sont d'autant plus nombreuses et plus graves, que le mouvement fébrile est plus considérable.

L'état de la langue, d'après les recherches de M. Rilliet et celles de M. Taupin, n'offre pas de différences marquées dans *l'enfance* et dans l'âge adulte. Ainsi, dans la troisième partie des cas observés par M. Rilliet, la langue resta humide tout le temps que les sujets furent soumis à son observation, tantôt naturelle, tantôt rouge, tantôt couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre; et si dans ces cas l'affection fût généralement courte et légère, trois d'entre eux neanmoins sont relatifs à des malades qui ont succombé et dont l'affection eut toujours un caractère grave. Quand la langue devenait sèche, ce n'était pas avant le cinquième jour, et c'était ordinairement à partir du septième; puis elle se recouvrait d'un enduit brunâtre plus ou moins épais, et alors, les dents étaient encroûtées, fuligineuses, les lèvres sèches et croûteuses. Quelquefois aussi, la langue était seulement collante ou sèche à la pointe ; et dans quelques cas, le même médecin a observé un certain nombre de petites plaques blanches à la face inférieure des lèvres, ou sur les bords de la langue.

De son côté, M. Taupin a souvent trouvé la langue fendillée dans l'un ou l'autre sens, le plus ordinairement dans le transversal; deux fois il l'a vue ulcérée, une fois couverte d'un véritable muguet; et c'est généralement, du huitième au quinzième jour, qu'il l'a trouvée couverte d'un enduit fuligineux.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

La langue fut dans l'état naturel, ou seulement jaunâtre ou blanchâtre, chez seize de trente-cinq sujets qui succombèrent à la *péripneumonie*; sèche et roussâtre, chez huit, soit dans la plus grande partie du cours de l'affection, quand sa marche était rapide, soit dans les trois ou cinq derniers jours de la vie. Elle fut d'un rouge plus ou moins vif dans six cas, à une époque variable, non avant le sixième jour de l'affection cependant; rouge, sèche et plus ou moins profondément sillonnée dans les quatre autres, pendant les dix ou quinze derniers jours de l'existence, ou à peu près la seconde moitié de la maladie. — Je n'ai noté d'épaississement chez aucun malade. Mais, à supposer qu'il n'y ait pas ici une omission, ce qui n'est pas probable, les cas dans lesquels la langue fut, pendant un espace de temps, ordinairement considérable, d'un rouge plus ou moins vif, sèche ou humide, sillonnée ou non sillonnée, ces cas doivent être, ce me semble, rapportés, pour la plupart, à l'inflammation : de manière que si la proportion de ceux dans lesquels la langue est altérée, chez les péripneumoniques et chez les sujets qui succombent à l'affection typhoïde, est différente, l'altération est la même, et la différence répond, jusqu'à un certain point, à celle qui a lieu dans l'intensité du mouvement fébrile, qui est générale-

ment plus considérable dans les maladies connues sous le nom de fièvres, que dans la péripneumonie.

Cette différence de proportion suffirait d'ailleurs pour montrer l'indépendance où se trouve l'état de la langue de celui de l'estomac, puisque la membrane muqueuse de ce viscère a été aussi souvent et aussi profondément altérée dans la péripneumonie que dans l'affection typhoïde; et je crois inutile, par cela même, d'entrer dans des détails qui ne pourraient qu'être fastidieux.

Comme la déglutition fut presque toujours facile, et que l'examen de la bouche et de l'arrière-bouche a aussi ses difficultés dans les pneumonies graves, je ne l'ai fait que chez trois des malades dont il s'agit; et chez eux j'ai trouvé le pharynx, la luette et le voile du palais, soit séparément, soit simultanément, d'un rouge plus ou moins vif. — Cette rougeur débuta du treizième au dix-septième jour de l'affection, et elle fut accompagnée de tension, chez un des malades.

La langue fut examinée avec soin chez trente des sujets *emportés par d'autres maladies aiguës*, et elle était dans un état remarquable dans six cas : d'un rouge plus ou moins vif, à compter du troisième jour de l'affection, chez un varioleux mort au trentième; rouge et encroûtée, du sixième au douzième jour d'une scarlatine, puis naturelle; sèche, noirâtre, fendillée, à compter du sixième jour d'une péritonite dont la terminaison funeste eut lieu au onzième; sèche, aride, encroûtée ou non encroûtée, pendant presque tout le cours d'une arachnitis, chez deux sujets; et, chez un troisième enlevé par la même affection, après avoir été collante et sans autre lésion appréciable, pendant quinze jours, elle prit une teinte d'un rose assez vif, se couvrit de pellicules blanchâtres, le dix-neuvième,

veille de la mort, comme il arrive assez souvent pour d'autres organes, l'arachnoïde, la plèvre, qu'on trouve tapissées, à l'ouverture des corps, par des fausses membranes dont l'extrême mollesse atteste la formation récente. — La muqueuse gastrique ne présentait aucune altération dans ce cas ni dans deux autres.

La langue n'offrait rien de remarquable, ou elle était seulement recouverte d'un enduit limoneux, sans rougeur, sèche, rarement encroûtée, deux ou trois jours avant la mort, chez les vingt-quatre autres sujets : en sorte que si elle fut moins fréquemment altérée, dans les cas de péripneumonie, que dans les cas d'affection typhoïde, elle le fut moins encore dans ceux dont il vient d'être question que dans la péripneumonie elle-même, et toujours dans la proportion du mouvement fébrile.

4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.

Chez ce nouvel ordre de malades, l'état de la langue n'a pas été plus en rapport avec celui des fonctions digestives, qu'il ne concordait, chez les précédents, avec celui de la membrane muqueuse de l'estomac; et comme de nouveaux détails à ce sujet seraient inutiles à l'établissement d'un fait qui me semble suffisamment constaté, je m'en abstiendrai dans presque tous les cas.

La langue fut sèche, fendillée ou encroûtée, à partir des septième et dixième jour de l'affection, pendant un espace de temps variable, chez trois des cinquante-six *péripneumoniques* que j'ai observés; elle fut d'un rouge plus ou moins vif, huit à dix jours de suite chez deux, rouge et épaissie chez un sixième, du quatrième au

septième jour de la maladie ; rouge, livide, un peu cuisante, et couverte, du sixième au dixième jour, d'une pellicule blanche, formée de la réunion d'une infinité de points blancs miliaires, faciles à détacher de sa surface, chez un septième sujet. Chez les autres, la langue était dans l'état naturel, ou seulement couverte d'un enduit jaunâtre, rarement sèche et rouge ; et alors, pour peu de temps, deux jours seulement. — Le voile du palais et le pharynx furent d'un rouge plus ou moins vif chez deux malades, pendant huit et dix jours, et il y eut des picotements chez l'un et chez l'autre. La voûte palatine se couvrit d'une pélicule blanchâtre, due à la confluence d'une innombrable quantité de points miliaires du même aspect, dans le même cas où la langue en était tapissée. Enfin, le volume des amygdales était considérable chez un quatrième malade : en sorte que la langue et les autres parties de la bouche et de l'arrière-bouche offrirent des signes manifestes d'inflammation chez le même nombre d'individus. Je dis manifestes ; les trois cas dans lesquels la langue fut sèche, fendillée ou encroûtée, n'étant pas aussi évidemment des exemples d'inflammation que les quatre autres. Quelques malades accusèrent des douleurs de gorge, sans que l'arrière-bouche ou le voile du palais m'aient rien offert de remarquable.

La langue fut dans l'état naturel chez deux malades atteints de *scarlatine* ; d'un rouge plus ou moins intense chez les autres ; sèche et encroûtée dans un cas, du douzième au seizième jour de l'affection ; cuisante chez deux sujets ; enflée chez un troisième et un quatrième ; couverte d'une pellicule blanche, du onzième au seizième jour de la maladie, chez un cinquième. — Une semblable éruption eut lieu sur la voûte palatine dans un autre cas.

La rareté de cette espèce de fausse membrane chez un ordre de malades dont la langue était presque constamment enflammée, me semble un nouveau témoignage à l'appui de ce que j'ai dit de l'influence de la faiblesse sur son développement; car les forces ne sont que peu diminuées dans le cours de la scarlatine.

La langue n'offrit rien de remarquable chez six des quatorze sujets qui eurent la *rougeole*. Elle fut plus ou moins rouge chez les autres, et aride dans trois cas, pendant trois à quatre jours, à compter des sixième, huitième et dixième de l'affection. —Le pharynx, le voile du palais et les amygdales furent plus ou moins rouges chez dix sujets, dont un eut ces derniers organes volumineux.

On se rappelle d'ailleurs combien les symptômes gastriques de quelque valeur, ceux qui peuvent tenir à une lésion appréciable de la membrane muqueuse de l'estomac, étaient rares, en comparaison des cas dans lesquels la langue et les parois de l'arrière-bouche furent manifestement enflammées, dans le cours de la scarlatine et de la rougeole; et la fréquente inflammation de ces parties montre assez l'influence spéciale de la maladie sur son développement.

Dans les trois quarts des cas d'*érysipèle à la face*, la langue fut dans l'état naturel, ou couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais. Dans le dernier quart, ou chez neuf sujets, elle fut plus ou moins rouge, sèche, fendillée, encroûtée ou épaissie. Ces deux dernières lésions eurent lieu, chacune, dans deux cas. La sécheresse fut précédée ou suivie de rougeur chez tous les malades; et, à l'exception d'un cas où elle persista pendant six jours, elle ne durait pas au-delà de vingt-quatre ou de quarante-huit heures. — Il n'y eut point de symptômes gastriques dans le cas le plus remarquable de cette série, celui où la langue fut rouge

et sillonnée pendant six jours ; cas relatif à un sujet qui eut un délire violent, et dont le voile du palais et la luette étaient rouges et enflés, au treizième jour de l'érysipèle. Des douleurs peu considérables eurent lieu dans trois autres cas, du premier au huitième jour de la maladie, dans l'arrière-bouche, qui n'offrait rien de remarquable; les amygdales furent rouges et volumineuses chez deux autres sujets. Et l'on peut croire, sans crainte d'erreur, que si l'arrière-bouche eût été examinée, comme la langue, dans tous les cas, la proportion de ceux dans lesquels le voile du palais et les amygdales auraient été trouvés plus ou moins altérés, eût été plus considérable.

Une réflexion se présente naturellement ici. Quel médecin, en examinant d'une manière isolée les faits dont il s'agit, n'eût attribué les différents état de la langue et de la gorge, à la proximité du siége de la maladie principale? L'idée était si simple qu'elle se fût certainement offerte aux esprits les plus sévères. Mais, les faits comparés entre eux, il n'est pas possible de s'y arrêter; on ne peut voir, dans ceux qui viennent d'être exposés, que le développement d'une loi générale, dont les effets ont peut-être été un peu plus prononcés dans les cas dont il s'agit que si l'érysipèle eût eu son siége dans une partie plus ou moins éloignée.

D'ailleurs, s'il n'y a pas dépendance entre l'état de la langue et celui de l'estomac, il n'y a pas non plus subordination entre les lésions de la langue et celles des autres parties de la bouche et de l'arrière-bouche. Elles coexistent assez souvent, mais non toujours, à beaucoup près; et quand la coexistence a lieu, on ne peut l'attribuer qu'à l'influence d'une loi commune qui agit à la fois sur plusieurs organes. Ainsi, j'ai trouvé la langue dans l'état naturel ou seu-

lement blanchâtre, chez la plupart des sujets atteints d'une *angine gutturale*, souvent intense ; en sorte que huit seulement, sur trente-neuf, l'eurent plus ou moins rouge. Et cette rougeur était généralement peu considérable, ne durait pas au-delà de deux à cinq jours. Elle fut accompagnée de cuissons dans les deux cas où elle offrit le plus d'intensité. Dans un autre, où elle fut encore assez considérable, il y eut un peu de sécheresse et deux petites ulcérations du côté droit de la langue, le septième jour de l'affection. C'est-à-dire que les faibles lésions, plus ou moins inflammatoires, de cet organe, étaient proportionnées au mouvement fébrile, qui était généralement peu considérable et de peu de durée dans l'angine.

Un sujet sur sept qui furent affectés de *zona*, eut la langue rouge, les vingt-deuxième et vingt-troisième jours de l'affection. — Un autre eut de la douleur et de la rougeur à l'arrière bouche, à peu près à la même époque.

La langue fut rouge et momentanément sèche dans un cas d'*erythema marginatum*, chez un des neuf malades qui en furent atteints, aux huitième et neuvième jours de la maladie. — Il y eut des douleurs de gorge peu après le début, chez un autre sujet.

La langue fut sèche et aride au quatrième jour d'une *urticaire*, chez deux des quatre individus qui en étaient l'exemple. — Il n'y eut de douleur de gorge dans aucun cas.

A part quatre des quarante-cinq sujets affectés de *rhumatisme*, la langue n'offrit rien de fort remarquable chez ceux qui furent atteints de cette maladie. Elle fut rouge, sèche ou humide, pendant trois ou quatre jours, vers le dixième de l'affection dans trois des cas dont il s'agit. Chez le quatrième sujet, qui eut un dévoiement assez considé-

rable du cinquantième au soixante-dixième jour, la langue fut rouge, quelquefois sèche à la même époque, et elle resta dans le même état pendant six jours, puis elle fut le siége de picotements plus ou moins incommodes et d'une exsudation blanchâtre, pultacée, dont la durée fut presque égale. — La même exsudation eut lieu, à la même époque, sur la voûte palatine, chez le même sujet, qui était alors très affaissé. Le voile du palais fut d'un rouge plus ou moins vif aux quinzième et seizième jours de l'affection, chez deux malades. Chez un quatrième, la luette, le voile, les piliers du voile du palais et les amygdales furent d'un rouge plus ou moins vif, et gonflés, du douzième au vingt-troisième jour. Enfin, il y eut des douleurs de gorge, sans enflure, sans rougeur apparente de l'arrière-bouche, chez quatre autres sujets : ce que je ne rappelle que pour donner une nouvelle preuve de la difficulté de connaître la nature de la douleur, et de la nécessité de suspendre son jugement sur ce point, quand la douleur ne se trouve pas réunie à quelque autre symptôme plus caractéristique.

Chez douze des soixante-treize sujets affectés d'un *catarrhe pulmonaire*, la langue s'éloigna plus ou moins de son état normal, mais pour peu de temps. Ainsi, elle fut rouge et sèche, pour vingt-quatre heures, chez quatre malades, du dixième au douzième jour de l'affection ; rouge et assez humide chez six, pendant l'espace de trois à dix jours; presque constamment sèche, rousse et chaude chez un autre, du quarantième au cinquantième jour de la maladie ; rouge, un peu épaissie et cuisante chez le douzième, à une époque beaucoup plus rapprochée du début : et dans les cas les plus remarquables, il n'y eut ni symptômes gastriques, ni diarrhée. —L'arrière-bouche fut le siége de douleurs plus ou moins vives, sans la moindre altération du volume

ou de la couleur des parties qui la composent, chez six sujets. A la douleur se trouvait réunie, chez cinq malades, une rougeur plus ou moins vive de la voûte palatine, du voile du palais, de la luette et des amygdales, isolément ou simultanément; et chez deux autres, il y eut à la fois rougeur et gonflement des amygdales ou du voile du palais, pendant quelques jours, à compter des quatrième et dix-septième de l'affection.

Ici se reproduisent naturellement les réflexions faites au sujet de l'érysipèle de la face. On peut croire, en effet, qu'un médecin qui eût étudié les faits dont il s'agit, sans les comparer à d'autres faits du même genre, les eût rapportés au génie de la maladie. Car quoi de plus naturel, en apparence, que d'attribuer à la toux une inflammation plus ou moins vive ou légère de l'arrière-bouche? Mais la comparaison des faits ne nous permet pas une erreur semblable; et il faut tirer de tout ceci cette conséquence, que les conclusions générales, pour être justes, doivent reposer sur un grand nombre de faits, et sur la comparaison d'un plus grand nombre encore.

La langue s'éloigna de son état normal chez treize des quatre-vingt-quatre sujets atteints d'*entérite*. Sèche et molle, pour deux ou trois jours, vers le quinzième de l'affection, dans trois cas, elle fut plus ou moins rouge dans les autres, pendant un espace de temps variable, renfermé entre quatre et trente jours. La sécheresse se joignit à la rougeur chez trois sujets, et aucun n'eut la langue douloureuse. Elle fut à la fois rouge et épaissie, pendant quelques jours, chez un malade; elle ne cessa d'être dans l'état naturel dans plusieurs cas où la diarrhée fut d'ailleurs considérable. Mais s'il n'y eut aucun rapport entre l'une et l'autre, il y en eut beaucoup entre l'état de la langue et le mouve-

ment fébrile qui, comme nous le verrons plus tard, est peu considérable dans l'entérite. — Six des sujets dont il s'agit et dont l'arrière-bouche n'offrait ni rougeur ni gonflement, éprouvèrent des douleurs dans cette partie, pendant sept à huit jours, du premier au quinzième de l'affection. Cinq offrirent une rougeur plus ou moins vive au voile du palais, aux amygdales, et à la luette, de sept à quinze jours après le début, et pour peu de temps. La commissure des lèvres fut le siége de quelques petites ulcérations dans un cas ; les amygdales furent rouges et volumineuses dans deux autres, aux huitième et douzième jours de l'entérite ; le pharynx offrit une rougeur assez intense dans le dernier. En sorte que chez les individus atteints d'entérite, les parois de l'arrière-bouche furent moins légèrement et plus fréquemment affectées que la langue.

Enfin, cet organe offrait quelque altération chez sept des soixante-dix-huit sujets atteints de *colique métallique* dont j'ai recueilli l'histoire. C'était un peu d'aridité dans six cas, pour vingt-quatre ou trente-six heures, et presque toujours avant l'administration des purgatifs. Dans le septième, la langue fut, dans l'espace de trois jours, et au milieu du traitement, rouge et humide, sèche et cuisante successivement; et ce cas était un de ceux où il y eut du délire et un mouvement de fièvre bien marqué. — L'arrière-bouche fut le siége de quelques douleurs, chez un malade qui ne m'offrit rien de remarquable dans cette partie.

Bien que négatifs, ces derniers faits me semblent très dignes d'intérêt et ajouter encore à une démonstration qui pouvait paraître complète. En effet, à une certaine époque des affections étudiées avant la colique métallique, sous le point de vue qui nous occupe, le pouls était plus ou moins accéléré, la chaleur plus ou moins élevée : ici, au contraire,

le pouls était presque constamment calme, la chaleur naturelle, il n'y avait point de symptômes de réaction, la maladie était sans influence sur l'état des fonctions le plus ordinairement affectées, la circulation et la calorification. En un mot, fièvre chez une série de malades, absence de fièvre chez les autres; en sorte que le résultat qui nous occupe pouvait être prévu. Car, après avoir trouvé jusqu'ici les lésions secondaires proportionnées au mouvement fébrile, nous ne devions pas nous attendre à les retrouver dans une affection sans fièvre, ou du moins nous ne devions nous attendre qu'à en trouver de faibles traces. Cette absence presque complète de lésions de la langue, dans la colique métallique, est donc une nouvelle preuve de l'influence de la fièvre sur leur développement. Et le seul cas où la langue ait offert quelques symptômes inflammatoires, met le comble à cette démonstration, puisqu'il est relatif à un des malades, au nombre de quatre, qui eurent du délire et un mouvement de fièvre plus ou moins marqué.

Cette longue série de faits relatifs à la langue et à l'arrière-bouche est, il me semble, une des plus importantes qui aient été mises jusqu'ici sous les yeux du lecteur. On ne pouvait plus, à la vérité, d'après ce qui précède, mettre en doute l'influence des affections fébriles sur les altérations plus ou moins profondes et fréquentes de nos organes; mais si la chose était hors de contestation pour les malades qui avaient succombé, elle n'était peut-être pas aussi évidente aux yeux de quelques personnes, pour les malades qui avaient guéri; surtout l'époque de ces lésions pouvait paraître douteuse. Mais après avoir suivi des yeux les altérations de la bouche et de l'arrière-bouche, les avoir vues naître et finir, avoir constaté la proportion des cas où on les

observe, le doute ne me semble plus permis; il faut reconnaître que chez les sujets atteints de maladies aiguës qui guérissent, les lésions secondaires sont les mêmes, sauf la fréquence et le degré, que chez ceux qui succombent; qu'elles se développent, comme chez eux, à une époque plus ou moins avancée de l'affection, terme moyen vers son dixième jour. Combien l'étude des faits les moins importants, en apparence, est intéressante, quand ces faits sont à la fois nombreux et bien constatés!

Terminons par deux remarques relatives à l'état de la langue : 1° L'exsudation blanchâtre, pultacée, dont elle se recouvre quelquefois, et qu'on avait considérée comme un signe très fâcheux et annonçant une mort prochaine, n'a réellement pas ce caractère, et elle ne doit pas être envisagée d'une autre manière que les autres lésions secondaires; puisque, comme elles, nous l'avons vue se développer chez les sujets qui guérissent et chez ceux qui succombent, à peu près dans la même proportion. On ne doit pas oublier néanmoins que cette exsudation ne survient presque jamais que quand la faiblesse est considérable, et par conséquent dans des circonstances fâcheuses; 2° dans les cas où la langue était couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais, sa membrane muqueuse n'était pas rouge au-dessous, n'offrait aucun signe d'inflammation. D'où il faut conclure que les sécrétions peuvent être plus ou moins profondément altérées, sans que les organes qui en sont le siége soient enflammés. Fait important, puisque tous les organes revêtus de membranes muqueuses étant susceptibles des mêmes lésions, ou de lésions analogues, il n est pas possible de douter que la fréquence des selles, par exemple, ne tienne, non pas quelquefois, mais fréquemment, à une lésion autre que l'inflammation de la muqueuse intestinale.

La dernière conséquence des faits rapportés dans cet article, c'est qu'on ne doit pas examiner la langue pour connaître l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, puisque les affections de ces organes sont indépendantes les unesdes autres, quoique ordinairement liées à la même cause.

ARTICLE VI.

De la déglutition.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La déglutition fut gênée, quelquefois à un degré remarquable, chez dix des individus dont il s'agit, ou dans un peu plus de la cinquième partie des cas. Et cette dysphagie, comme les autres symptômes secondaires, se manifesta à une époque plus ou moins éloignée du début de l'affection, quatre, cinq, six, sept, neuf, dix-sept, et, dans un cas, vingt-quatre jours avant la mort, chez un sujet qui succomba au vingt huitième de la maladie (obs. 39).

Ces cas étaient répartis dans une proportion à peu près égale, chez les individus emportés dans l'une ou l'autre des quatre périodes que j'ai distinguées; en sorte qu'on en comptait,

2 sur 10 sujets du 1er groupe,
2 7 du 2e,
4 20 du 3e,
2 9 du 4e.

Il était facile de se rendre compte de la dysphagie par l'état des organes, chez huit des individus dont il s'agit; on ne le pouvait dans deux cas, où le pharynx, l'œsophage, le tissu cellulaire environnant et l'épiglotte étaient dans

l'état naturel (obs. 22, 53). A la vérité l'intérieur de la bouche ne fut pas examiné dans ces deux cas pendant la vie, et il se pourrait qu'une rougeur inflammatoire plus ou moins vive eût existé alors; de manière que ces deux faits ne sont pas concluants, et d'autant moins que dans un cas où la cause de la dysphagie m'a semblé manifeste, il n'y avait qu'une vive rougeur au pharynx, qui aura sans doute disparu avant le terme fatal (obs. 4). Chez un autre sujet, la dysphagie dut être attribuée à un abcès placé à la partie interne de la mâchoire inférieure du côté droit (obs. 17). Elle dépendait, chez deux autres, d'une infiltration de pus dans le tissu cellulaire sous-muqueux du pharynx, ou de l'inflammation couenneuse de sa muqueuse elle-même, et de l'hypertrophie du plan musculaire sous-jacent (obs. 20, 46). Elle avait pour cause, chez les quatre derniers, un certain nombre d'ulcérations dans divers points du pharynx ou de l'œsophage (obs. 32, 39), ou les unes et les autres (obs. 31, 34). La destruction partielle de l'épiglotte et l'inflammation couenneuse du pharynx, autres causes de dysphagie, avaient même lieu dans les deux derniers cas. Je vais en exposer l'histoire.

XXXIe OBSERVATION.

Fièvre, anorexie, soif, douleurs de ventre au début; puis diarrhée, toujours légère; délire pendant quelques jours, sécheresse au gosier, bientôt dysphagie; mort rapide et inattendue au *seizième jour*. — Ulcérations au pharynx et à l'œsophage, fausse membrane sur les voies aériennes; plaques elliptiques de l'iléum, rouges, ramollies; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, ramollies, d'un rouge livide.

Une fille de boutique, âgée de vingt-trois ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille assez élevée, fut

conduite à l'hôpital de la Charité le 12 juin 1826, alors malade depuis huit jours, et au lit depuis trois. Sa sœur, que je vis le lendemain de son admission, me dit qu'elle était à Paris depuis un an, et sans place depuis trois mois; qu'elle s'était beaucoup fatiguée, qu'elle avait fait nombre de courses pour se procurer de l'ouvrage, qu'elle avait eu bien des inquiétudes, sans néanmoins éprouver de privations. La maladie avait débuté par des frissons, l'anorexie, la soif, des douleurs de ventre, à la région de l'épigastre surtout. Les frissons s'étaient renouvelés à différentes reprises, les autres symptômes avaient persisté, en prenant plus ou moins de développement; la céphalalgie ne s'était fait sentir que de loin en loin. — Des sangsues appliquées à l'épigastre, la veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, n'avaient apporté aucun soulagement. Le délire qu'elle avait en y arrivant continua; elle se leva pendant la nuit et tomba par terre; elle s'était encore levée peu avant la visite du 12. Ce dernier jour elle était dans l'état suivant.

Attitude naturelle, figure convenablement colorée, calme; occlusion des paupières; taciturnité, ou réponses sans suite; la malade ignore où elle est, et ce n'est qu'après en avoir été longtemps priée, qu'elle sort sa langue qui est humide, un peu villeuse au centre, d'ailleurs naturelle. Le ventre est mou, un peu sonore, indolent; le pouls, petit, faible, régulier, à cent cinquante; la chaleur élevée; la respiration très accélérée (quarante), sans élévation. Aucune espèce de râle. (*Limon.; vingt sangs. au cou.*)

Le délire fut continuel et sans cris, mais on fut obligé de maintenir la malade avec le gilet de force. Le 14, à l'heure de la visite, elle jouissait, bien qu'imparfaitement, de ses facultés intellectuelles, elle avait la même physionomie que la veille, demandait des ciseaux pour couper ses liens, témoi-

gnait des inquiétudes sur la longueur de sa maladie, n'avait pas de mal de tête, se plaignait d'une grande *sécheresse de gorge*. La langue, un peu jaunâtre en arrière, était d'ailleurs dans l'état naturel; le ventre plat, un peu sensible à la pression, dans la fosse iliaque droite; le pouls à cent cinquante, la respiration un peu moins accélérée que la veille (*vésic. aux jambes*).

La malade eut du délire, se leva pendant la nuit, et essaya d'ôter une de ses voisines du lit où elle était couchée. Le 15, sa physionomie était naturelle, ses yeux étaient attentivement fixés sur moi, comme si elle eût eu une grâce à demander ; elle ne se rappelait pas avoir eu du délire pendant la nuit, mais la chose ne lui semblait pas impossible, puisqu'elle avait eu la fièvre; son ventre était un peu météorisé et sensible, comme la veille, à la pression : elle avait eu deux selles liquides.

Il n'y en eut pas dans le cours de la journée, et la malade quitta encore son lit pendant la nuit. Le 16, sa figure exprimait l'étonnement, elle répondait assez bien aux questions qui lui étaient adressées, elle éprouvait une chaleur incommode dans l'abdomen.

Elle eut un peu d'assoupissement, se plaignit de douleurs de gorge, d'avaler avec peine pendant la plus grande partie du jour, et elle rendit quelques gorgées de bile. Dans la nuit, plaintes et gémissements continuels. Le 17, stupeur légère, exercice de l'intelligence assez libre néanmoins; expression bien marquée de reconnaissance pour une de ses voisines qui en prenait grand soin; langue peu humide, désir du bouillon, ventre dans le même état que la veille, constipation : pouls à cent vingt-quatre (*bouillon*).

L'intelligence fut intacte; il y eut, dans la journée, une selle fétide, et la malade se plaignit encore pendant la nuit,

sans pouvoir indiquer les parties souffrantes. Le 18, la figure était presque uniformément colorée, l'assoupissement léger, les sens intègres, l'air boudeur, la langue naturelle au pourtour, jaunâtre au centre; la déglutition difficile, par gorgées; la chaleur incommode dans l'abdomen. La malade aurait voulu des lavements, toutes les demi-heures, pour être plus calme : son pouls était à cent seize régulier, un peu petit, la chaleur médiocre, la respiration peu fréquente (*sol. de sir. de gom.; deux demi-lav. ém.*).

La journée fut calme : il y eut deux selles; la malade témoignait toujours la même affection à celle de ses voisines dont il a été parlé. Le 19, elle était moins éveillée qu'à l'ordinaire, semblait ennuyée, avait l'oreille dure, le ventre légèrement météorisé, comme la veille; elle demandait toujours des lavements, elle éprouvait de la pesanteur à l'épigastre, son pouls était très accéléré, petit et faible (*id.*).

A part une selle de plus que la veille, la journée fut en tout semblable à la précédente. Le 20, la stupeur était augmentée, l'intelligence en bon état; la malade interrogée sur la manière dont elle se trouvait, répondait n'être pas bien.

Elle mourut le même jour, à trois heures, n'ayant perdu connaissance qu'une demi-heure avant le terme fatal. Elle était devenue toute violette à midi, et la respiration n'avait été embarrassée qu'une heure plus tard.

OUVERTURE DU CADAVRE QUARANTE-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Pâleur universelle, embonpoint médiocre, proportions convenables.

Tête. Quelques granulations miliaires, blanches et opaques, nées de l'arachnoïde, vers l'occiput, près du sillon

médian, dans des points où cette membrane était opaque et épaissie; nulle infiltration au-dessous; point de sérosité dans les ventricules latéraux. Pie-mère légèrement injectée; substance corticale saine; substance médullaire très peu sablée de sang; l'une et l'autre d'une bonne consistance. — Lobe gauche du cervelet un peu moins ferme que le droit.

Cou. Les glandes cervicales étaient roses et plus volumineuses que dans l'état normal; la luette était doublée de volume et enveloppée par une fausse membrane d'un demi-millimètre d'épaisseur, d'une bonne consistance. Cette fausse membrane s'étendait, dans une petite largeur, sur le voile du palais; tapissait le pharynx où elle était interrompue, dans quelques points, par des ulcérations, les deux faces de l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère, jusqu'à 50 millimètres de sa bifurcation. Sa consistance et son épaisseur diminuaient des parties supérieures aux inférieures, en sorte qu'elle était très mince et très molle sur la trachée-artère, avec laquelle elle n'avait point d'adhérences, du moins appréciables. La membrane muqueuse du pharynx était d'un rouge foncé, dans sa partie supérieure, pointillée de la même couleur au-dessous, évidemment épaissie, ulcérée dans sa partie la plus rouge; et ses ulcérations étaient ovalaires et verticales. Le plan charnu de de cet organe avait la même couleur rouge que la muqueuse, supérieurement; 3 millimètres d'épaisseur, et plus de fermeté que d'ordinaire; le tissu cellulaire sous-muqueux était épaissi. Les bords de la glotte étaient légèrement infiltrés, avaient 3 millimètres d'épaisseur; la membrane muqueuse qui les revêt offrait une couleur d'un rouge foncé, semblable à celle du larynx, et cette couleur n'avait pas disparu entièrement après vingt quatre heures de macé-

ration. La trachée-artère était d'un rose pâle à sa partie supérieure, et d'un rouge assez vif à l'extrémité opposée.

Poitrine. Le cœur était sain, presque entièrement dépourvu de sang, d'un tiers moins volumineux que dans l'état naturel. L'aorte était étroite dans toute sa longueur, n'avait que 54 millimètres de développement, au niveau du bord libre des valvules sigmoïdes, au lieu de 68 qu'elle a ordinairement à l'âge du sujet; elle était d'ailleurs parfaitement saine. — Il y avait environ 60 grammes de sérosité sanguinolente dans chacune des plèvres. Les poumons étaient libres. Leur lobe inférieur était d'un rouge violet, et offrait plusieurs saillies dont le tissu, sans être ni splénisé, ni hépatisé, ni engoué, avait plus de fermeté que partout ailleurs. Ils n'offraient rien de remarquable dans le reste de leur étendue.

Abdomen. L'œsophage était privé d'épiderme dans une partie de sa longueur. Sa membrane muqueuse offrait, dans le voisinage du cardia, dans la hauteur de 80 millimètres, une teinte noirâtre, sans altération de consistance, et plusieurs ulcérations ovalaires, verticales, dont la plus large avait 12 millimètres dans son grand diamètre. — L'estomac était doublé de volume et contenait une médiocre quantité de liquide grisâtre, assez épais. Sa membrane muqueuse était demi-transparente dans ses deux tiers supérieurs, opaque et grisâtre ensuite, à part une tache jaune où elle n'offrait rien autre chose de remarquable. Elle était mince, dans la proportion de l'élargissement de l'estomac, et ramollie dans sa grosse extrémité où elle ne donnait, par traction, que des lambeaux de 2 à 4 millimètres de longueur, rarement 6. — A part un léger ramollissement de sa muqueuse, le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle avait un médiocre volume et contenait peu

de mucosités. Sa membrane interne était blanche ou jaunâtre, injectée dans quelques points, ramollie dans toute son étendue, surtout près du cœcum où elle ne donnait, par traction, que des lambeaux de 2 millimètres. Il y avait, dans les deux derniers tiers de l'iléum, un assez grand nombre de plaques de Peyer rouges, à l'opposite du mésentère, irrégulièrement arrondies ou très voisines de cette forme, non ulcérées, à l'exception de la plus voisine de la valvule iléo-cœcale. La membrane muqueuse qui les forme en partie était épaisse d'un demi-millimètre environ, très ramollie, et ses cryptes indistinctes; le tissu cellulaire correspondant avait la même couleur et une épaisseur double; il était légèrement infiltré. La plaque ulcérée était à 40 millimètres du cœcum; elle avait 34 millimètres dans son grand diamètre, et ses ulcérations, au nombre de quatre et de 2 à 4 millimètres de rayon, reposaient sur la tunique sous-muqueuse en partie détruite. La face correspondante de la valvule iléo-cœcale était assez largement ulcérée et offrait une matière jaune, d'une assez grande consistance, adhérente au fond de l'ulcération. Des cryptes miliaires, pâles et nombreuses, se trouvaient entre les plaques. — Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales, verdâtres, pultacées. Sa membrane muqueuse était pâle, excepté dans le rectum où elle avait une couleur violette; d'une consistance et d'une épaisseur convenables dans sa première moitié, après quoi on n'en obtenait plus que des lambeaux de 8 à 10 millimètres. Le tissu cellulaire sous muqueux était parfaitement sain. — Les glandes mésentériques, correspondantes à l'iléum, étaient volumineuses, ramollies, d'un rouge livide, surtout dans le voisinage du cœcum, et elles ne contenaient pas de pus. — Le foie était un peu petit, pâle, mou; les doigts le pénétraient

avec beaucoup de facilité. La vésicule contenait une médiocre quantité de bile très liquide. — La rate était doublée de volume, très ramollie, couleur lie de vin. — La vessie était un peu injectée, d'ailleurs saine, comme les autres viscères.

L'espèce de calme dans lequel se trouvait la malade n'a été interrompu que trois heures avant sa mort, par des accidents de suffocation; et ce contraste entre la bénignité des symptômes, le nombre et l'importance des lésions, est peut-être ce qui a frappé le plus dans cette observation. Toutefois, c'est au dixième jour d'une maladie mortelle au seizième, dans le cours d'un faible délire qui cessa bientôt, que la malade accusa un sentiment de sécheresse au fond de la gorge; deux jours après, la déglutition fut gênée et excita des plaintes. Il en fut de même le lendemain. A part un peu plus de stupeur que la veille, dans la matinée du jour où elle mourut, la malade n'offrait alors aucun symptôme remarquable, aucune altération de la voix qui pût faire soupçonner une inflammation couenneuse du conduit aérien; on fut extrêmement surpris, trois heures avant le terme fatal, de la voir devenue tout-à-coup violette : et à l'ouverture du cadavre, on trouva, entre autres lésions, une fausse membrane tapissant la luette, le pharynx et les voies aériennes; la muqueuse du pharynx ulcérée, rouge et épaissie; le plan musculeux de cet organe aussi beaucoup plus épais que dans l'état normal; plusieurs ulcérations au bas de l'œsophage, et le pourtour de la glotte infiltré; beaucoup plus qu'il n'en fallait, assurément, pour expliquer la dysphagie.

L'œdème de la glotte était sans doute fort récent, à la

mort du sujet, et il ne datait peut-être que du moment où la couleur violacée du visage anonnça un commencement de suffocation. Peut-être aussi la fausse membrane si molle, de la trachée-artère et du larynx, n'était-elle pas beaucoup plus ancienne; autrement on ne concevrait pas comment la voix n'aurait pas été altérée, quand je vis la malade pour la dernière fois. Mais à part ces deux lésions, celles du pharynx, ses ulcérations, son inflammation couenneuse, étaient plus ou moins anciennes, dataient de plusieurs jours, lors du terme fatal. Cela n'est pas douteux pour les ulcérations, qui remontaient peut-être à l'époque où la malade se plaignit d'éprouver de la sécheresse dans la gorge; l'épaisseur et la consistance de la fausse membrane du pharynx supposaient au moins deux jours de durée; l'épaississement de la membrane muqueuse, du tissu cellulaire sous-muqueux et du plan musculaire du même organe, indiquait une inflammation plus ancienne : en sorte qu'on ne s'éloigne pas beaucoup de la vérité, en plaçant le début de cette triple lésion à une époque voisine de celle où la malade éprouva, pour la première fois, de la sécheresse à la gorge, et que les diverses altérations du pharynx sont probablement nées en même temps, ou à peu de distance les unes des autres; que la dysphagie (postérieure de deux jours à la sécheresse) était sans doute le double résultat des ulcérations et de l'inflammation couenneuse du pharynx.

Que beaucoup de lésions passent inaperçues chez des malades qui ont un délire violent, comme nous le verrons encore tout à l'heure, au sujet des lésions du pharynx, la chose n'a rien que de naturel; mais on éprouve quelque étonnement à voir qu'il en ait encore été de même, ou à peu de chose près, ici, la malade ayant joui de ses facultés intellec-

tuelles pendant plusieurs jours avant la mort. Et ce doit être une raison de ne négliger l'examen d'aucun organe, surtout quand une altération de fonction, si légère qu'elle soit, nous y engage.

Il n'est pas nécessaire d'insister beaucoup sur la marche de la maladie, pour montrer qu'elle a été la même que dans les cas dont il a été question jusqu'ici; car les premiers symptômes tenaient à une affection de l'abdomen, et les plus graves, sans doute aussi les plus anciennes lésions du canal intestinal, étaient celles de l'iléum qui n'offrait d'ulcérations que près de la valvule iléo-cœcale.

Il convient d'ailleurs, dans l'intérêt de la vérité, de faire, relativement aux ulcérations du pharynx et de l'œsophage, une remarque que voici : c'est que bien que je n'en aie rencontré que chez des individus morts après le quinzième jour de l'affection, on doit en trouver, dans un petit nombre de cas, chez des sujets emportés avant cette époque, puisque, chez celui qui nous occupe, elles existaient, à n'en pas douter, avant le quinzième jour.

Quant aux causes de la mort, l'inflammation couenneuse du pharynx est évidemment la principale; et l'on peut croire, à raison du peu de progrès de l'altération des plaques elliptiques de l'iléum, au terme fatal, que sans les lésions secondaires la terminaison de la maladie eût été heureuse.

XXXIIe OBSERVATION.

Éblouissements, douleurs dans les membres, frissons, diarrhée au début; bientôt météorisme, assoupissement, déglutition gênée, taches roses lenticulaires; persistance de ces derniers symptômes, faiblesse considérable; mort au *vingt-troisième jour*. — Ulcérations à l'un des piliers du voile du palais, au pharynx et à l'œsophage; destruction partielle de l'épiglotte; plaques elliptiques de l'iléum, rouges, ramollies, ulcérées; perforation de cet intestin près du cœcum; glandes mésentériques rouges, volumineuses, ramollies, etc.

Une fille âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, à Paris depuis trois mois, fut admise à l'hôpital de la Charité le 9 octobre 1826. Ses règles, établies à l'âge de onze ans, n'avaient jamais été suspendues avant l'époque où elle devint grosse, une année avant l'affection actuelle. Accouchée depuis trois mois, les suites de couche n'avaient rien offert de remarquable, elle avait nourri son enfant jusqu'au 8 octobre, elle était malade depuis le 4, et attribuait sa maladie à de profonds chagrins.

Au début, au milieu de la nuit, étant couchée dans une chambre dont la croisée était restée ouverte : frisson assez violent, douleurs entre les épaules, céphalalgie, éblouissements, lassitudes dans les membres, soif, diarrhée. Le frisson se reproduisit plusieurs fois dans les premières quarante-huit heures, le mal de tête ne se prolongea pas au-delà de cette époque, après laquelle la chaleur fut constante, le sommeil nul. La nuit du 9 au 10 fut assez bonne.

Le 10 au matin : figure d'une teinte rouge à peu près uniforme, assez naturelle d'ailleurs, sauf une légère expression d'abattement ; intelligence développée, récit simple; douleurs dans les jambes, peu de sommeil, point de céphalalgie, sentiment de faiblesse assez considérable; langue médiocrement humide, d'une couleur naturelle; soif intense, anorexie, déglutition facile, ventre médiocrement météorisé, sensible à la pression, du côté gauche surtout; huit selles liquides dans la journée ; respiration médiocrement accélérée; mamelles indolentes, un peu moins volumineuses que la veille ; pouls légèrement accéléré, chaleur un peu élevée; ni taches roses lenticulaires, ni sudamina. (*Eau de riz gomm.; demi-lav. ém.; catapl. ém.*).

La malade fut assoupie presque tout le jour et très faible, ne pouvant ni boire seule, ni se lever. Le 11, sa physiono-

mie était la même que la veille, sauf une expression d'abattement plus prononcée; elle avait quelques bourdonnements d'oreilles, se plaignait de douleurs, de sécheresse, et d'une chaleur incommode à la gorge; la *déglutition* était gênée, la soif intense, le ventre dans le même état que le 10. On voyait quelques taches roses, lenticulaires, à sa surface.

Il y eut cinq selles liquides, et des alternatives d'assoupissement et de plaintes, dans la journée. Le 12 : air triste et souffrant, céphalalgie, laisser-aller; la malade ne se met pas seule à son séant, et elle retombe dans sa première position, à peu près comme un corps inerte, quand on cesse de l'y maintenir; la déglutition est plus gênée que la veille; la douleur de gorge est la même, bien qu'il n'y ait ni gonflement ni rougeur dans l'arrière-bouche; la langue est grisâtre au centre, un peu plus rouge au pourtour que dans l'état naturel; la chaleur est sèche et élevée, les taches lenticulaires de l'abdomen sont plus roses que le 11; le pouls est médiocrement accéléré, sans autre caractère remarquable; la respiration peu fréquente; il n'y a ni toux ni râle.

Les deux jours suivants les symptômes prirent un peu plus d'intensité; la malade était presque toujours assoupie et se plaignait de ne pas dormir; la déglutition était gênée, la soif très vive, la faiblesse plus considérable que d'ordinaire; les selles au nombre de deux à cinq en vingt-quatre heures.

Le 15 : malaise, douleurs universelles, plus marquées au ventre que partout ailleurs; plaintes, figure un peu souffrante, douleur de gorge, dysphagie, pouls médiocrement accéléré, même absence de toux que les autres jours (*bain; catapl. ém.; diète*).

Depuis lors, jusqu'au 28, jour de la mort, ces symptômes persistèrent en faisant de nouveaux progrès; l'assoupissement fut presque continuel, les gémissements répétés; il n'y

eut pas de délire, si ce n'est peut-être dans les trois derniers jours, et à un bien faible degré. La physionomie fut presque toujours la même, à part la veille de la mort que la figure avait une forte expression de dégoût. L'oreille, qui était fort dure le 19, le devint davantage encore dans la suite; et la faiblesse fut si considérable après le 20, que la malade, ne pouvant plus se lever, laissait aller sous elle. — Elle ne se plaignit pas de douleurs de gorge au-delà de cette époque, après laquelle la soif parut beaucoup moins intense qu'auparavant : la langue fut jaunâtre au centre, naturelle au pourtour, toujours humide, un peu collante le 24 seulement ; le ventre fut constamment un peu météorisé, davantage le 23 que les autres jours, plus ou moins douloureux. Il y eut de cinq à huit selles en vingt-quatre heures, et les matières fécales, examinées le 24, étaient jaunâtres et en purée claire. — J'observai des taches roses, lenticulaires, en nombre très variable, sur l'abdomen, jusqu'au 25. La chaleur fut toujours assez élevée, ordinairement un peu humide, le pouls médiocrement accéléré jusqu'au 25, après quoi il commença à être très fréquent. Il y eut un peu de toux, et l'auscultation fit reconnaître, le 24, un râle sec et sonore des deux côtés de la poitrine, antérieurement ; et, en arrière, du côté droit, une grosse crépitation.

La malade mourut à cinq heures du matin, ayant eu un peu de délire dans la soirée.

Elle prit tous les jours un bain tiède, sans autre effet appréciable qu'une légère diminution des douleurs de ventre. L'eau de riz, les fomentations, les lavements émollients furent continués, et on prescrivit, le 25, des vésicatoires aux jambes.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Point de vergetures aux parties antérieures et latérales du tronc ; raideur cadavérique considérable. — Peau épaissie, d'un rouge lilas, dans les points correspondants aux vésicatoires. — Les mamelles étaient volumineuses ; ce qu'elles devaient à leur tissu propre, dont les sections offraient un assez grand nombre d'orifices, d'où s'écoulait un liquide blanc, jaunâtre, de la consistance ordinaire du lait ; et à un autre tissu qui était d'un rose tendre, plus ferme que celui des glandes salivaires, mais disposé comme lui, sous forme de lobules. Il y avait à peine, çà et là, quelques pelotons graisseux au milieu de ces deux tissus.

Tête. L'arachnoïde cérébrale supérieure était louche dans toute son étendue, épaisse et opaque en arrière, dans une surface de 50 millimètres, près du sillon médian, d'où naissaient nombre de granulations miliaires non moins opaques. Il y avait une demi cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux, une cuillerée et demie dans les fosses occipitales inférieures. — La pie-mère était un peu injectée ; le cerveau d'une médiocre consistance, un peu moins ferme que le cervelet.

Cou. On trouvait une ulcération superficielle (destruction peu étendue de la muqueuse) au-dessous de l'amygdale droite : deux ulcérations semblables au côté gauche du pharynx, au niveau du sommet de l'épiglotte : deux autres plus considérables, de 8 à 10 millimètres de diamètre, une de chaque côté, dans l'espace compris entre les cartilages thyroïde et cricoïde, ayant pour fond le premier et les muscles thyro-aryténoïdien, non altérés. — Le sommet de l'épiglotte était détruit dans la hauteur de 4 millimètres environ, un peu plus à gauche qu'à droite. Son fibro-cartilage et sa mem-

brane muqueuse étaient coupés net, dans le même point, et la muqueuse était un peu épaissie autour de l'organe.

Poitrine. On trouvait deux cuillerées de sérosité dans le péricarde; le cœur était légèrement ramolli, contenait une assez grande quantité de sang. — L'aorte était saine. — Il y avait 60 grammes de sérosité rougeâtre dans chacune des plèvres. Les poumons étaient libres. Le lobe inférieur de celui du côté droit était, à part quelques petites taches d'un rouge-clair, à l'intérieur et à l'extérieur, d'un rouge-violet; inégal, comme mameloné extérieurement, en arrière; lourd, de manière à aller au fond de l'eau. Son tissu était un peu mollasse, plus résistant que dans l'état ordinaire, non hépatisé, sans air; ses vaisseaux étaient fort reconnaissables à leur couleur blanche et bleuâtre; ils contenaient une médiocre quantité de sang, et chaque tranche de tissu se couvrait d'une mince couche de liquide noirâtre, non aéré, dont on n'obtenait que fort peu par expression, après avoir essuyé celui qui s'était écoulé spontanément. Le lobe supérieur du même côté était d'un rouge-clair, semé de quelques taches noires, plus ferme et plus élastique que dans l'état ordinaire. Le lobe inférieur du côté gauche était semblable à ce dernier, sauf les taches qui n'y existaient pas. — Les bronches étaient saines.

Abdomen. L'œsophage offrait, à sa partie moyenne, une ulcération de 9 millimètres de diamètre, dont la membrane musculaire faisait le fond. — L'intestin grêle était météorisé, masquait, en partie, l'estomac de ses circonvolutions qui étaient réunies par une exsudation couenneuse, jaunâtre, qu'on ne trouvait qu'au point de contact. Il y avait, entre le foie et le diaphragme, et dans le petit bassin, environ 360 grammes d'un liquide jaunâtre et grisâtre, trouble, peu épais, beaucoup moins fétide que d'or-

dinaire, dans la perforation de l'intestin grêle. Celle-ci avait lieu à la partie *antérieure* de l'iléum, était de 3 millimètres de diamètre, et pratiquée au centre d'une ulcération très vaste, dans une partie très distincte du reste, qui était arrondie, avait 27 millimètres de large, et pour fond la tunique péritonéale, sur laquelle on ne trouvait plus qu'un peu de tissu cellulaire, auquel adhérait une sorte de houppe filamenteuse, de couleur bistre, d'odeur gangréneuse, du volume d'un gros pois d'iris. L'autre partie de l'ulcération était deux fois plus considérable que celle-ci ; elle l'enveloppait dans les deux tiers de son pourtour, s'étendait jusqu'à la valvule iléo-cœcale, était elle-même divisée en deux parties, dans l'une desquelles la tunique musculaire était à nu, et la membrane cellulaire dans l'autre. En remontant de cette ulcération vers le jéjunum, on en trouvait douze autres, dans la longueur d'un mètre, à l'opposite du mésentère. Deux d'entre elles, à angles saillants et rentrants, dont les bords étaient épais de plus d'un millimètre, en avaient près de 500 de superficie; les autres, de 25 à 30 seulement. Toutes avaient la même structure, offraient la tunique musculaire à nu, grisâtre, épaissie; et, de leurs bords plus ou moins décollés et épais, se détachaient de petits lambeaux membraneux, qu'on voyait flotter sous l'eau. A 5 décimètres de ces ulcérations se trouvait encore une plaque elliptique, médiocrement rouge et épaissie, superficiellement ulcérée à son centre. La muqueuse de l'intestin était cassante ou ramollie dans toute sa longueur, au point de n'avoir guère que la consistance du mucus. — L'estomac était distendu par des gaz et ne contenait pas de liquide. Sa membrane interne était d'un jaune vif, dans le grand cul-de-sac et le long de la petite courbure,

grisâtre ailleurs ; ramollie dans le premier point, autour du cardia surtout ; d'une consistance convenable dans sa moitié pylorique, où elle était enduite d'une certaine quantité de mucus visqueux ; d'une épaisseur proportionnée à sa distension, si ce n'est dans la moitié pylorique où cette épaisseur était un peu augmentée. Elle offrait encore, dans les environs du pylore, un certain nombre de points noirs, au centre de petites saillies moins grises que les parties environnantes, dont on ne trouvait pas la moindre trace à sa face adhérente ; de manière qu'on ne saurait affirmer que ces points fussent l'orifice d'autant de cryptes. — Le gros intestin avait un médiocre volume, contenait du sang liquide, dans le premier tiers de sa longueur. Sa membrane muqueuse était d'un rouge amaranthe, uniforme, dans le cœcum et dans quelques points du colon droit ; grisâtre ensuite ; un peu épaissie, et molle comme du mucus, excepté dans le rectum où elle avait à peu près la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles. Il y avait aussi dans le cœcum douze ulcérations ovalaires, de 18 à 68 millimètres de surface, dont la plupart avaient pour fond la tunique musculaire ; et, à peu de distance de l'extrémité inférieure du rectum, une autre ulcération superficielle, de 8 millimètres de diamètre. — Les glandes mésentériques, correspondantes aux ulcérations de l'iléum, étaient volumineuses, ramollies, plus ou moins rouges, et contenaient presque toutes un foyer de pus d'une bonne consistance. — Les glandes mésocolites étaient petites. — La rate était un peu augmentée de volume et ramollie. — Le foie avait une fermeté convenable et une couleur pâle, uniforme, à peine interrompue, intérieurement, par quelques points rouges. La bile vésiculaire était rousse et très liquide. — La matrice avait un volume médiocre, une couleur grisâtre dans toute

son épaisseur; les ovaires avaient 40 millimètres dans leur grand diamètre, un tissu assez mou, rougeâtre et grisâtre, presque homogène à l'intérieur. Les trompes étaient développées, un peu rouges, et contenaient une médiocre quantité de mucus peu visqueux. Les ligaments sus-pubiens avaient la même couleur, et 4 millimètres d'épaisseur.

Le nombre, l'importance et la variété des lésions observées dans le cas dont il s'agit, justifieront sans doute aux yeux du lecteur les détails anatomiques dans lesquels je suis entré. Relativement à l'objet qui nous occupe spécialement dans cet article, je remarquerai que la douleur de gorge et la dysphagie ont débuté au septième jour de la maladie; qu'elles ont persisté l'une et l'autre, à un degré assez considérable, pendant huit jours; que si alors l'arrière-bouche n'a rien offert de remarquable, c'est sans doute parce que les ulcérations du pharynx, ou les altérations qui les devancèrent, étaient inaccessibles à la vue. Au moins la progression, la durée de la douleur et de la dysphagie semblent indiquer qu'elles étaient, à leur début, le résultat d'une cause matérielle qui ne peut être que celle indiquée, et à laquelle a dû se joindre, à une époque indéterminée, la destruction partielle de l'épiglotte.

De ce que les sujets atteints d'affection typhoïde se plaignent quelquefois de douleurs de gorge et de dysphagie, sans qu'on découvre d'altération au pharynx ou dans l'isthme du gosier, on ne doit donc pas conclure que ces symptômes sont le résultat d'une influence purement nerveuse; et, avec d'autant plus de raison, qu'il est possible, comme je l'ai dit plus haut, de se rendre compte de la dysphagie de huit des dix sujets qui en ont éprouvé, par les altérations plus ou moins graves des organes de la dégluti-

tion. Il n'est pas moins vrai que la cessation de la douleur de gorge et de la dysphagie, après plusieurs jours de durée, même dans les cas où les facultés intellectuelles sont plus ou moins complétement intactes, ne prouve rien contre l'existence des lésions auxquelles se rattache la dysphagie dans la presque totalité des cas.

Mais ce qui est surtout digne de remarque, c'est le calme au milieu duquel s'éteignit la vie de la malade, malgré la cause la plus capable d'exciter le trouble le plus violent dans l'exercice des fonctions ; je veux dire la perforation. La marche de la maladie fut d'ailleurs régulière : des douleurs de ventre et la diarrhée en marquèrent le début, la faiblesse fut promptement considérable, l'assoupissement presque continuel ; il y eut des taches roses, lenticulaires, du météorisme. Malgré l'absence du délire, on ne pouvait méconnaître le caractère de l'affection ; et, après la mort, on trouva, outre les lésions du pharynx, une altération grave de la muqueuse de l'un et de l'autre intestin dans toute leur étendue, ou à très peu près ; de profondes ulcérations dans la partie de l'iléum voisine du cœcum, et la perforation de l'iléum, que n'annoncèrent aucuns symptômes, ces symptomes ordinairement si formidables!

Mais le lecteur a sans doute remarqué que la perforation de l'intestin grêle avait eu lieu à sa face antérieure, et non à l'opposite du mésentère, comme cela est ordinairement ; et si cette circonstance ne peut pas rendre un compte satisfaisant du manque de symptômes caractéristiques de cette lésion, elle semble au moins pouvoir expliquer comment le liquide épanché dans l'abdomen était moins trouble que de coutume, en pareil cas ; puisque le passage des matières de l'iléum dans la cavité péritonéale avait dû être

plus difficile que chez les sujets dont la perforation a lieu à l'opposite du mésentère.

Bien que peu ordinaire, le siége de cette perforation n'a pourtant rien qui doive surprendre, vu que les 50 ou 80 millimètres de l'iléum les plus rapprochés du cœcum, offrent, dans l'état naturel, dans tout ou presque tout le pourtour de l'organe, un grand nombre de petites plaques irrégulières, plus ou moins rapprochées ou confluentes, ayant la même structure que les plaques elliptiques, comme elles fréquemment ulcérées, bien qu'à un moindre degré dans la plupart des cas. De manière que s'il est vrai de dire que l'altération des plaques elliptiques est d'autant plus considérable qu'on s'approche davantage du cœcum, cela n'est rigoureusement exact que jusqu'à 50 ou 80 millimètres de la valvule iléo-cœcale.

Si la déglutition a été difficile, chez un sujet, sans qu'on ait pu s'en rendre compte par l'état des organes; il était bien plus ordinaire de voir le pharynx et l'œsophage plus ou moins profondément altérés, sans qu'aucun symptôme pût le faire soupçonner. Ce cas s'est présenté quatre fois (obs. 19, 24, 42, 45); et, dans quatre autres où le sommet de l'épiglotte était détruit dans une certaine largeur, je n'ai pas non plus observé de gêne dans la déglutition (obs. 7, 21, 30). — Ces faits, les quatre premiers surtout, dans lesquels la dysphagie aurait dû être considérable, à raison de la gravité des lésions, s'expliquent d'ailleurs aisément par la présence du délire, qui masque tous les symptômes; et la liberté de la déglutition avant le délire, indique que les altérations du pharynx et de l'œsophage (ulcérations ou infiltration de pus) ne se sont développées que dans son cours.

Encore une remarque assez importante. Des malades qui

sont dans le délire refusent quelquefois obstinément de boire, sans pouvoir en dire les motifs, et ils ont des lésions plus ou moins graves du pharynx, comme nous en verrons plus tard un exemple (obs. 46). Le refus de boire peut donc encore être un indice de l'état de la gorge, et généralement des organes de la déglutition.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Des cinquante-sept sujets dont la maladie a été plus ou moins *grave*, treize eurent la déglutition gênée pendant un espace de temps qui varia de trois à six jours, à une époque plus ou moins avancée de l'affection, pas avant le sixième jour. On s'en rendait facilement compte, chez onze d'entre eux, par l'état plus ou moins inflammatoire de l'arrière-bouche; et les faits qui précèdent doivent porter à croire que chez les deux autres sujets, la dysphagie avait encore une cause matérielle, placée plus ou moins profondément dans le pharynx ou dans l'œsophage. — Comme parmi les individus qui succombèrent, un de ceux dont il s'agit, et dont l'arrière-bouche ne fut pas examinée, refusa obstinément de boire, six jours de suite, au milieu d'un délire violent. Ce sujet avait-il des ulcérations à la surface du pharynx ou de l'œsophage?

On voit assez d'ailleurs, d'après les faits rapportés dans l'article précédent, que la dysphagie n'eut pas lieu dans tous les cas où l'arrière-bouche était enflammée; ce qui s'explique, soit par la légèreté de la phlogose, soit par la somnolence qui empêchait les malades d'avoir des perceptions nettes, et d'être sensibles à des douleurs qui auraient attiré leur attention dans toute autre circonstance.

La déglutition des *enfants* atteints de fièvre typhoïde a

fixé l'attention de M. Taupin, qui l'a vue gênée dans douze cas graves, et quelquefois alors suivie d'une toux convulsive ou du rejet des boissons par le nez; bien que rarement produite, ajoute l'auteur, par des lésions du pharynx. En admettant que les faits recueillis par M. Taupin se reproduisent avec le même caractère chez un plus grand nombre de sujets, il faudrait en conclure que la dysphagie est souvent un phénomène nerveux dans l'enfance, tandis qu'elle a bien rarement ce caractère chez l'adulte.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïde.*

La déglutition n'a été que rarement et passagèrement difficile chez les malades qui furent emportés par plusieurs de ces maladies; et on en concevra sans peine la raison, si l'on se rappelle que le pharynx et l'œsophage n'ont offert, après la mort d'aucun des sujets dont il s'agit, les graves lésions qui eurent lieu chez ceux qui furent emportés par l'affection typhoïde.

Quant aux malades qui ont guéri, les causes de leur dysphagie ayant été indiquées en détail dans l'article précédent, il est inutile d'énumérer les cas dans lesquels je l'ai observée.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES
DU TOME PREMIER.

Avertissement de la première édition IX
Avertissement de la deuxième édition XV

PREMIÈRE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER. — Observations relatives à des sujets morts du seizième au trentième jour de l'affection. 2
1er observation . . . . . *Ib.*
2e observation 11
3e observation 18
4e observation 25
5e observation 32
6e observation 38
7e observation 44
Résumé du chapitre 51

CHAPITRE II. — Observations relatives à des sujets morts du huitième au douzième jour de l'affection 53
8e observation . . . . . *Ib.*
9e observation 60
10e observation 66
11e observation 72
12e observation 79
13e observation 84
Résumé du chapitre 88

CHAPITRE III. — Observations relatives à des sujets morts après le trentième jour de l'affection 89
14e observation . . . . . *Ib.*
15e observation 97
16e observation 107
17e observation 118
18e observation 126

DEUXIÈME PARTIE.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES ORGANES.

CHAPITRE PREMIER. — Conduit digestif. 135
Art. I. Du pharynx . . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . *Ib.*
19e observation 136
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. 142
Art. II. De l'œsophage 143
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . . 145
Art. III. De l'estomac . . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . . *Ib.*
§ 1. Du ramollissement avec amincissement, et de la destruction de la membrane muqueuse de l'estomac. 146
§ 2. Des ulcérations de la membrane muqueuse de l'estomac 148
§ 3. Du ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac 149
§ 4. De l'état mamelonné de la membrane muqueuse de l'estomac 150
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . . 153
Résumé 155
Art. IV. Du duodénum 159
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . . 160
Résumé. . . . . *Ib.*
Art. V. De l'intestin grêle . . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . *Ib.*
§ 1. Volume de l'intestin. . . . . *Ib.*
§ 2. Invagination de l'intestin 161
§ 3. Matières contenues dans l'intestin 162
§ 4. Couleur de la membrane muqueuse. . . . 163
§ 5. Consistance de la membrane muqueuse . . 165
§ 6. Des plaques elliptiques, ou glandes agminées de Peyer 171

Première forme de l'altération des plaques elliptiques 172
Seconde forme 178
§ 7. Des cryptes isolées ou glandes de Brunner . 186
20e observation 187
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . . 194
Résumé 198
Art. VI. Du gros intestin 200
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
§ 1. Volume . . . . . *Ib.*
§ 2. Matières contenues dans l'intestin 203
§ 3. Couleur de la membrane muqueuse . . . 204
§ 4. Consistance de la membrane 205
§ 5. Cryptes, tumeurs aplaties, ulcérations . . 210
21e observation 214
22e observation 222
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 228
Résumé 235

Chapitre II. — Des glandes lymphatiques. 237
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
§ 1. Des glandes mésentériques . . . . . *Ib.*
§ 2. Des glandes mésocolites 242
§ 3. Des glandes lymphatiques placées autour des conduits biliaires. 246
23e observation . . . . . *Ib.*
§ 4. Des glandes lymphatiques de l'estomac. . 252
§ 5. Des glandes lombaires et inguinales . . 254
§ 6. Des glandes cervicales et axillaires . . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 255
Résumé. 256

Chapitre III. — De la rate 258
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Id.*
§ 1. Du volume de la rate 259
§ 2. Du ramollissement de la rate 260
§ 3. De la couleur de la rate 263
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 266

Chapitre IV. — De l'appareil biliaire 269

Art. I. Du foie 269
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
§ 1. Volume du foie . . . . . *Ib.*
§ 2. Consistance du foie 270
§ 3. Couleur du foie 274
§ 4. Lésions organiques du foie 275
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 276
Résumé. 279
Art. II. De la bile et de la vésicule biliaire . . . 280
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 282
Résumé. 283

Chapitre V. — Appareil de la sécrétion de l'urine . . *Ib.*
Art. I. Des reins . . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 285
Art. II. Des bassinets et des uretères 287
Art. III. De la vessie 288
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . 288
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . 289
Résumé . . . . . *Ib.*

Chapitre VI. — Du pancréas et des glandes salivaires . 290
Art. I. Du pancréas . . . . . *Ib.*
Art. II. Des glandes salivaires 291
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . 293
Résumé. . . . . *Ib.*

Chapitre VII. Des organes génitaux. 294
Art. I. Chez l'homme . . . . . *Ib.*
Art. II. Chez la femme. 295

Chapitre VIII. Appareil de la circulation 296
Art. I. Du péricarde. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . *Ib.*
Art. II. Du cœur et du sang qui y est contenu . . . 297
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 303

Art. III. De l'aorte. 306
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . 307
Résumé. 308

Chapitre IX. — Appareil de la respiration. 312
Art. I. De l'épiglotte. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
24e observation 313
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 320
Art. II. De la glotte 322
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . *Ib.*
Art. III. Du larynx 323
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . 325
Art. IV. De la trachée-artère 326
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . 327
Art. V. Des poumons. 328
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 334
Art. VI. Des bronches 336
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 337
Art. VII. Des plèvres . . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
§ 1. Adhérences et fausses membranes. . . . *Ib.*
§ 2. Épanchement de liquide dans les plèvres . 338
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 339

Chapitre X. — De l'encéphale. 340
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . 341
Art. I. De l'arachnoïde . . . . . *Ib.*
25e observation . . . . . *Ib.*
Art. II. De la pie-mère 349
Art. III. Du cerveau. . . . . *Ib.*
§ 1. De la couleur du cerveau 350

§ 2. De la consistance du cerveau 358
§ 3. Des ventricules cérébraux 356
Art. IV. Du cervelet, de la protubérance annulaire et de la moelle épinière 357
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 358
Résumé. 360
Chapitre XI. — État extérieur. 364
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
Art. I. Conformation, embonpoint. . . . . *Ib.*
Art. II. De l'état de la peau 365
§ 1. Coloration de la peau. . . . . *Ib.*
§ 2. De l'érysipèle. 366
26e observation. 367
§ 3. Des vésicatoires 375
§ 4. Des eschares 376
Art. III. Du tissu cellulaire. 377
Art. IV. Des muscles. 378
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . *Ib.*
Chapitre XII. — Des causes de mort 382
27e observation. 384
28e observation. 389
2° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. . 399
Résumé de la 2e partie. 401
De l'affection typhoïde chez les enfants 411

TROISIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES.

Chapitre premier. — Des symptômes 418
1° Chez les sujets qui ont succombé . . . . . *Ib.*
2° Chez les sujets qui ont guéri 425
Article premier. De la diarrhée 430
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 435
3° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës . 440
4° Chez les sujets atteints d'affections aiguës, non

typhoïdes, qui ont guéri 441
Résumé 444
Art. II. Des douleurs de ventre 445
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets qui ont guéri 446
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 449
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri 450
Art. III. Du météorisme 452
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets qui ont guéri 454
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes. 455
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri . . . . . *Ib.*
Art. IV. Des symptômes gastriques 456
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 461
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 465
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri 469
Résumé 473
Art. V. De la langue, de la bouche et de l'arrière-bouche. 474
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . 475
1. De la langue . . . . . *Ib.*
29e observation 477
30e observation 485
Résumé 493
2. De la bouche et de l'arrière-bouche. . . . *Id.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 494
1° De la langue. . . . . *Ib.*
2° De la bouche et de l'arrière-bouche 496
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non ty-

phoïdes 500
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri 502
Résumé. 510
Art. VI. De la déglutition 512
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
31e observation 513
32e observation 522
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 533
3° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. 534

FIN DE LA TABLE DU TOME PREMIER.

Charles Murchison M.D.
May 1833.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES,

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LE NOM

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE.

II.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE,

GASTRO-ENTÉRITE, ENTÉRITE FOLLICULEUSE, DOTHIENENTÉRIE, ETC.

COMPARÉE AVEC LES MALADIES AIGUES LES PLUS ORDINAIRES.

Par P.-C.-A. LOUIS,

Médecin de l'Hôtel-Dieu, médecin en chef des épidémies du département de la Seine, président perpétuel de la Société médicale d'observation de Paris, membre de l'Académie royale de médecine de la même ville, membre honoraire de la Société médicale du Massachusett, de celle d'Édimbourg, de l'Association provinciale médicale et chirurgicale de Worcester, associé du Collége des médecins de Philadelphie, de la Société médicale de la même ville, de l'Académie de Saint-Pétersbourg, des Sociétés de médecine de Heidelberg et de Bruges, de la Société médicale d'observation de Boston.

« *Je sais que la vérité est dans les choses, et non dans* « *mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien* « *dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'appro-* « *cher de la vérité.* » ÉMILE.

DEUXIÈME ÉDITION, CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE.

TOME SECOND.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, No 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

1841.

RECHERCHES

ANATOMIQUES, PATHOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR LA MALADIE CONNUE SOUS LES NOMS

DE

FIÈVRE TYPHOÏDE,

PUTRIDE, ADYNAMIQUE, ATAXIQUE, BILIEUSE, MUQUEUSE,

GASTRO-ENTÉRITE, DOTHINENTÉRIE, ETC.

TROISIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DES SYMPTOMES.

ARTICLE VII.

Des symptômes cérébraux.

Céphalalgie, somnolence, délire, mouvements spasmodiques, état des forces.

§ 1.

De la céphalalgie.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

A quatre exceptions près, la céphalalgie eut lieu chez tous les sujets (obs. 15, 18, 28, 51), presque toujours continue, rarement bornée aux redoublements du soir. Elle augmentait par degrés dans certain cas, était uniforme dans le grand nombre, et débuta avec les premiers symptômes de

l'affection, si ce n'est chez trois malades qui n'en éprouvèrent qu'à partir des deuxième, troisième et quatrième jour (obs. 5, 6, 21). Elle finissait aux approches du délire, ou quand l'assoupissement se déclarait; ce qu'on ne pouvait pas toujours attribuer à une perception incomplète, plusieurs malades *accusant* des douleurs dans diverses parties du corps, en même temps qu'ils assuraient ne plus avoir de céphalalgie. Le délire passé, le mal de tête ne reparaissait plus.

Le caractère et le degré de la céphalalgie n'étaient pas toujours les mêmes. Ordinairement gravative, elle était quelquefois tensive, occupait peu les malades, à quelques exceptions rares près. Très intense chez une femme qui succomba au douzième jour de l'affection, au point de lui faire désirer la mort, elle était encore dans toute sa vigueur, chez le même sujet, deux jours avant le terme fatal; et le cerveau était dans l'état naturel (obs. 8).

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Deux sujets, sur cinquante-sept dont la maladie fut *grave*, n'eurent point de mal tête; et si l'on en excepte huit, chez lesquels la céphalalgie débuta du troisième au douzième jour de l'affection, elle eut lieu avec les premiers symptômes. Sa durée la plus ordinaire était de huit à dix jours, ses termes extrêmes de quatre et vingt. Elle cessait presque constamment deux ou trois jours avant l'admission des malades à l'hôpital, quand l'assoupissement commençait, ou quelques jours avant. Son caractère, ses degrés, sa marche progressive ou son état stationnaire, sa continuité, ses exaspérations, furent les mêmes que dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste. — Trois fois je l'ai vu disparaître ou diminuer notablement, au cinquième jour de sa durée, à la suite d'une saignée du pied.

La céphalalgie n'a manqué que chez un des trente sujets dont l'affection fut *légère*. Trois d'entre eux n'en éprouvèrent que cinq à six jours après le début. Elle ne fut considérable que dans un cas, et le premier jour de la maladie seulement.

La céphalalgie, dont l'existence est difficile à constater dans le *premier âge*, au moins dans un grand nombre de cas, la céphalalgie, d'après les faits recueillis par MM. Rilliet et Taupin, serait à peu près aussi fréquente avant qu'après quinze ans. M. Rilliet n'a pu s'assurer de l'existence ou du défaut de ce symptôme dans la sixième partie des cas; M. Taupin affirme que la céphalalgie a existé chez tous les enfants dont il a recueilli l'histoire, à part trois; toujours bornée à la région frontale, à une exception près; très rarement aiguë, ordinairement gravative, bien que dans quatre cas néanmoins il y ait eu photophobie. M. Rilliet n'a jamais observé la céphalalgie à un haut degré, et il considère ce haut degré de la céphalalgie comme un moyen de diagnostic important, pour ne pas confondre les maladies cérébrales de l'enfance avec l'affection typhoïde; ce qui n'est guère moins vrai d'ailleurs, dans l'âge adulte.

Il résulte aussi des faits recueillis par le même médecin, que la céphalalgie a lieu dès le début de l'affection dans l'enfance, et qu'elle cesse après une durée de sept à dix jours. Une seule fois, M. Taupin l'a vue momentanément soulagée par des épistaxis survenues dans le cours de la maladie.

3° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

La céphalalgie n'a eu lieu que chez la moitié des sujets qui ont succombé à d'autres maladies aiguës, et elle s'est montrée un peu plus fréquemment chez les péripneumo-

niques que chez les individus atteints d'autres affections. Elle fut moins intense et de moins longue durée dans les cas dont il s'agit, que dans le cours de l'affection typhoïde.

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës, qui ont guéri.

Huit *péripneumoniques*, sur cinquante-sept, n'eurent pas de céphalalgie. Elle se manifesta dès le début chez les autres, et ne se prolongea pas au-delà de huit jours.

Onze *varioleux*, sur douze, l'ont éprouvée dès le commencement de l'affection, terme moyen pendant six jours.

Elle a manqué dans cinq cas, sur dix-neuf, de *scarlatine*. Toujours peu considérable, elle débuta le premier jour de la maladie, à deux exceptions près, et sa durée fut ordinairement de six à sept.

Trois des treize sujets atteints de *rougeole* en furent exempts. Elle se manifesta avec les premiers symptômes de l'affection dans les deux tiers de cas ; et elle fut légère dans tous.

Rarement intense chez les sujets affectés d'*angine gutturale*, elle n'en épargna que quatre sur trente-sept ; ayant lieu presque constamment dès le début, pendant cinq jours, terme moyen.

Je ne l'ai observée que dans la troisième partie des cas de *rhumatisme*. Ordinairement de peu de durée, elle persista plus que dans les affections précédentes, chez quelques sujets.

De soixante-douze malades atteints de *catarrhe pulmonaire*, quatre seulement n'eurent pas de céphalalgie ; mais elle ne se manifesta, chez un grand nombre, que pendant la toux. Elle débuta, chez vingt-quatre, du quatrième au vingtième jour de l'affection.

Vingt-huit sujets, sur les quatre-vingt-quatre qui furent affectés d'*entérite*, n'eurent pas de mal de tête, que la maladie fût grave ou légère. Ce mal de tête débuta à une époque éloignée de l'apparition des premiers symptômes, dans quinze cas. — Ainsi, même sous le rapport de céphalalgie, on trouve une différence remarquable entre l'affection typhoïde la plus légère, et l'entérite proprement dite. Mais, dans ces affections comme dans les autres, il y eut un rapport presque constant entre le degré du mouvement fébrile, la fréquence et l'intensité de la céphalalgie.

Ce qui eut lieu dans les cas de *colique de plomb* est conforme à ce fait, et montre que le rapport dont il s'agit est une loi. Treize, ou seulement la sixième partie des sujets qui furent atteints de la colique saturnine, eurent de la céphalalgie, pendant deux ou trois jours, presque constamment à un faible degré, et à une époque plus ou moins éloignée du début de l'affection. — Cette rareté de la céphalalgie, dans le cours d'une maladie ausssi douloureuse, ne peut guère s'expliquer, ce me semble, que par le défaut de fièvre.

Ainsi, la céphalalgie est un des symptômes les plus ordinaires des maladies aiguës fébriles de toute espèce ; mais elle est plus fréquente chez les sujets atteints d'affection typhoïde que chez ceux qui sont affectés d'une autre maladie; et comme elle est presque constante chez les premiers, comme elle débute aussi, chez eux, avec les premiers accidents, son absence, au début d'une maladie fébrile dans laquelle les autres symptômes d'une affection typhoïde manqueraient, cette absence serait l'indice que très probablement on a affaire à une maladie autre que l'affection typhoïde.

§ 2.

De la somnolence.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

La somnolence eut lieu dans tous les cas, hors cinq, ou chez les huit neuvièmes des sujets (obs. 2, 8, 12, 24, 44), et elle offrit de grandes variétés relativement à son début, à son intensité et à sa durée.

Elle débuta, le premier jour de l'affection, chez quatre sujets qui moururent les vingt-unième, vingt-deuxième, vingt huitième jour (obs. 1, 7, 21, 39); du troisième au sixième, chez cinq autres (obs 2, 8, 12, 24, 44); à une époque plus éloignée, et, à une exception près, toujours avant le délire, chez le reste des individus.

Faible à son début dans tous les cas, même dans ceux où elle s'est offerte au plus haut degré, dans la suite, la somnolence conserva ce caractère dans tout le cours de la maladie chez un petit nombre de sujets, devint promptement considérable chez la plupart, au point qu'on pouvait découvrir la poitrine de plusieurs d'entre eux, leur tâter le pouls, pratiquer l'auscultation, leur parler à assez haute voix, sans les réveiller.

Une fois déclarée, la somnolence persistait presque sans interruption, à part les moments de délire, jusqu'à la mort; de manière qu'elle n'a cessé, de quatre à quinze jours avant cette époque, que chez sept malades, presque tous emportés après le trentième jour (obs. 15, 16, 17, 18 28, 34, 43).

Dans cet état, l'exercice des facultés intellectuelles était fort lent, les malades y répugnaient; plusieurs d'entre eux, pour peu que les questions se prolongeassent, donnaient

des marques d'humeur ; et, quand l'assoupissement était considérable, ils y retombaient aussitôt qu'on cessait de les interroger. Ils étaient indifférents à tout ce qui se passait autour d'eux, et cette indifférence était surtout très sensible chez un certain nombre de femmes qui perdaient tout sentiment de pudeur, et se laissaient découvrir la poitrine et l'abdomen sans opposition. Alors aussi la figure était sans expression, les traits immobiles; il y avait stupeur dans la moitié des cas.

L'observation suivante est une de celles où la somnolence s'est montrée au degré le plus remarquable.

XXXIIIme OBSERVATION.

Constipation, diminution de l'appétit, douleurs dans les membres, puis diarrhée, chaleur, frisson, léger délire, assoupissement successivement plus profond, météorisme considérable ; mort au *vingt-huitième jour*. — Cerveau sain, muqueuse gastrique ramollie, rouge, ulcérée ; plusieurs plaques dures, ulcérées ou non ulcérées dans l'iléum ; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, ramollies, d'un rouge violet ; reins, rate, foie, ramollis.

Un serrurier, âgé de vingt-sept ans, petit, large, fort, cheveux noirs, peau bien colorée, muscles bien dessinés, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 21 juillet 1823. A Paris depuis sept mois, il s'y était mal nourri pendant les quatre premiers, faute d'ouvrage; il accusait quinze jours de maladie, | avait continué à travailler jusqu'au 18 juillet, disait avoir eu, dix années avant cette époque, une maladie grave avec délire, dont il ne se rappelait aucun autre symptôme.

Au début : céphalalgie, douleurs lombaires, diminution de l'appétit, constipation. Ces symptômes continuèrent, des douleurs de ventre s'y joignirent dans les quatre derniers

jours ; à la même époque l'anorexie fut complète, la constipation fit place à la diarrhée, qui parut à la suite d'une décoction très chaude donnée au malade par un pharmacien ; il y eut des sueurs nocturnes, et de légers frissons dans la soirée. Le sommeil fut toujours assez bon, et des étourdissements, qui avaient précédé l'affection de quinze jours, n'avaient pas sensiblement augmenté depuis. — Le malade avait mangé, jusqu'au 18, un peu de viande, sans en être incommodé ; et une demi-bouteille de vin, prise la veille de son admission à l'hôpital, parut augmenter la diarrhée, sans exciter ni douleurs à l'épigastre, ni nausées.

Le 22, la figure était médiocrement colorée, naturelle d'ailleurs, le sommeil paisible ; il y avait de légères douleurs dans les lombes et dans les membres inférieurs, la langue était un peu rouge au pourtour, villeuse et jaunâtre au centre, bien humide ; la soif vive, l'anorexie complète, sans dégoût, l'épigastre légèrement sensible à la pression ; le malade avait eu au moins douze selles pendant la nuit, sans la moindre colique : il avait expectoré quelques crachats clairs et avait un peu de toux depuis quatre jours ; un peu de râle sec et sonore existait dans l'inspiration ; le pouls était régulier, assez large, à quatre-vingt-huit ; la chaleur franche et élevée, avec une sueur légère ; le malade se plaignait de sa faiblesse et ne demandait qu'à être délivré de son dévoiement (*Tis. d'orge éd.* ; *lav. lin* ter).

Il eut quatre selles dans la journée, et un peu de délire pendant la nuit. Le 23, à l'heure de la visite, il ne se le rappelait pas, témoignait des craintes sur l'issue de sa maladie et sur l'effet de la saignée qu'on lui prescrivait ; sa langue était moins humide que la veille ; il n'y avait aucun autre changement. (*Saignée de* 300 *grammes* ; *orge éd.* ; *lav. lin.*)

Le sang ne prit aucun retrait et se couvrit d'une couenne

assez épaisse, demi-transparente, peu consistante. L'assoupissement fut continuel dans la journée, il y eut du délire et de l'agitation pendant la nuit. Le 24, la physionomie n'offrait rien de remarquable, la langue était aride, le ventre météorisé, indolent; le pouls à quatre-vingt-seize, quelquefois intermittent; la chaleur sèche et élevée. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

L'assoupissement fut considérable le jour, et le délire à peu près au même degré que la veille, pendant la nuit. Le 25 : stupeur légère, surdité commençante; le malade ne se rappelle pas où les sangsues ont été appliquées; la langue et l'abdomen sont dans le même état que la veille. (*Petit lait*; *lav. ém.*; *vésic.*)

Les 26 et 27, l'assoupissement est continu et toujours croissant, le malade délire la nuit, a l'air distrait, tient des propos incohérents à l'heure de la visite; son pouls est régulier, à quatre-vingt-dix-huit, il a quelques stries rouges sur les yeux, des douleurs aux vésicatoires ; la sécheresse de la langue et le météorisme sont les mêmes que les jours précédents. (*Douze sangsues aux oreilles*, *le* 27.)

Aucune amélioration ne suivit la perte de sang, qui fut médiocrement abondante. Le 28, on ne pouvait réveiller le malade, tant l'assoupissement était profond; son pouls était redoublé, tremblotant, à cent-huit; sa langue un peu moins sèche que la veille, son ventre très météorisé; ses selles étaient peu fréquentes : les taches roses lenticulaires, observées le 26, étaient plus nombreuses, et la faiblesse très considérable. (*Glace sur la tête; sinap. aux membres inférieurs.*)

On prescrivit encore de la glace le lendemain, sans le moindre succès. Le 30, à l'heure de la visite, on ne pouvait qu'à grande peine obtenir quelques monosyllabes du

malade, on le découvrait, on auscultait sa poitrine, sans faire cesser l'assoupissement; la langue était sèche et rouge antérieurement, encroûtée en arrière; le ventre ballonné; le pouls petit, régulier, à cent-seize, la chaleur élevée; la respiration fréquente. (*Lim.* bis.; *petit-lait; quatre liv. de glace sur la tête; poudre de kk. sur les vésicatoires.*)

Dans la soirée, après la fonte de la glace, la figure était très rouge, l'assoupissement toujours profond, la chaleur intense, le pouls d'une extrême mollesse. Le 31, la figure était un peu bouffie, le malade faisait des efforts impuissants pour parler; il avait de la dysphagie, de larges sudamina au cou, et les taches roses lenticulaires de l'abdomen étaient élargies; un peu de râle sonore ou muqueux existait à droite et à gauche de la poitrine; on entendait des grognements continuels. (*Lav. de camom. camph.*)

Il y eut des selles involontaires dans la journée. Le lendemain, je trouvai un râle sous-crépitant du côté gauche de la poitrine; le ventre était toujours très météorisé, un peu sensible à la pression du côté gauche, le pouls et l'assoupissement étaient comme à l'ordinaire.

Les symptômes étant les mêmes le 2 août, on ordonna un vésicatoire au cou et une potion avec deux grammes d'extrait de quinquina.

Le malade prit par erreur la potion purgative d'un peintre, eut cinq selles sans vomissements et des sueurs copieuses. Le 3 : chaleur âcre, sudamina énormes, semblables à de grosses gouttes d'eau. Mort à quatre heures de l'après-midi.

OUVERTURE DU CADAVRE DIX-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Météorisme considérable; destruction incomplète de la peau dans quelques points de la plaie des

vésicatoires des jambes; épaississement du même organe dans les parties non ulcérées.

Tête. Peu de sang et beaucoup d'air dans les veines cérébrales; tissu sous-arachnoïdien très légèrement injecté; petite cuillerée de sérosité dans les ventricules latéraux; toute la masse encéphalique peu injectée, d'une bonne consistance.

Cou. Trachée-artère rouge, comme par suite de macération.

Poitrine. Cœur d'un rouge pâle, très mou, facile à pénétrer. Aorte très rouge à l'intérieur, contenant quelques caillots de sang noirâtre; sa membrane propre, rouge, bien qu'à un médiocre degré, dans la moitié de son épaisseur. Nul épanchement de sérosité dans le péricarde. — Poumons volumineux, légèrement engoués en arrière, d'ailleurs sains.

Abdomen. La cavité abdominale ne contenait pas d'air, et l'intestin, très météorisé, se précipitait à travers les incisions pratiquées à l'abdomen. — L'estomac était doublé de volume, contenait une médiocre quantité de liquide brunâtre, dans lequel nageaient beaucoup de petits corps noirs, dont une partie restait adhérente au mucus visqueux et épais qui tapissait la membrane muqueuse dans sa portion pylorique. Cette membrane était brune et extrêmement ramollie, sans augmentation d'épaisseur, dans le grand cul-de-sac; rose et beaucoup moins ramollie ailleurs, où se trouvait un assez grand nombre de petites ulcérations superficielles. — Le duodénum offrait deux ulcérations semblables, de trois à quatre millimètres de diamètre. — L'intestin grêle contenait peu de mucosités. Sa membrane interne était mince, grisâtre, sablée de noir, d'une bonne consistance, excepté dans son dernier tiers, où elle était ramollie. Près du cœcum, dans la longueur de 33 centi-

mètres, se trouvaient six ulcérations et plusieurs plaques rouges, ovalaires, non ulcérées. Les ulcérations les plus considérables étaient les plus rapprochées du cœcum, au nombre de deux, de 200 millimètres de surface, jaunâtres et inégales. La membrane muqueuse était entièrement détruite dans le point correspondant, et la couleur jaune était due à la bile appliquée sur une matière blanchâtre, légèrement nuancée de jaune et de rose, épaisse de 2 à 3 millimètres, développée dans le tissu cellulaire, un peu friable à sa surface libre et dans tout son pourtour, de manière qu'on la séparait aisément des parties environnantes. Dans ce point les fibres musculaires étaient un peu rouges et épaissies. Quant aux plaques non ulcérées, la muqueuse qui en faisait partie était épaissie, moins molle que dans les points intermédiaires, et le tissu placé au-dessous, semblable à celui qui vient d'être décrit, mais un peu moins épais, plus ferme et plus rose. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales pultacées; sa membrane muqueuse était blanche et parfaitement saine, à part quelques taches rouges où elle était épaissie et ramollie. — Les glandes mésentériques voisines du cœcum étaient volumineuses, violacées et ramollies; les autres, d'une couleur ardoisée, d'ailleurs saines. — Le foie était mou, d'un jaune verdâtre, et offrait, dans son épaisseur comme à sa surface, un grand nombre de taches rouges, de 100 à 120 millimètres de diamètre, anguleuses, comme étoilées, sans ramollissement. La vésicule biliaire contenait une grande quantité de liquide très visqueux. — La rate était doublée de volume, très ramollie. — Les autres viscères sains.

Si l'assoupissement n'eut lieu qu'à une époque assez

avancée de l'affection, il fit des progrès rapides, fut bientôt si considérable qu'on ne pouvait en tirer momentanément le malade ; et comme le cerveau n'offrait rien de remarquable, il faut en chercher la cause ailleurs. On ne saurait la placer dans la membrane muqueuse de l'estomac, dont les lésions les plus graves, chez les sujets qui succombent à des maladies aiguës, différentes de celle dont il s'agit, ne sont pas accompagnées de somnolence. Il faut en dire autant des autres lésions secondaires, des divers ramollissements, même de celui de la membrane muqueuse de l'intestin grêle intermédiaire aux plaques altérées, par les mêmes raisons ; du météorisme qui n'a pas lieu dans tous les cas de somnolence. En sorte qu'on arrive, par voie d'exclusion, à placer la cause de l'assoupissement dans l'altération spéciale des plaques de l'iléum, ou dans la cause, quelle qu'elle soit, qui préside à leur développement ; proposition rigoureusement vraie pour tous les cas, et sur laquelle je reviendrai dans le paragraphe suivant, au sujet du délire.

La marche de la maladie, obscure et incertaine dans la première moitié de son cours, puis rapide et accompagnée des symptômes les plus caractéristiques et les plus graves, mérite d'ailleurs d'être remarquée. Ce n'est effectivement qu'après douze jours d'un état dans lequel la perte des forces était trop peu considérable pour empêcher le malade de se livrer à ses occupations, qu'il éprouve un mouvement de fièvre bien prononcé, de la diarrhée, une extrême faiblesse et un manque complet d'appétit. Après quatre jours de ce nouvel état, le délire survient, puis la somnolence et le météorisme, l'un et l'autre promptement extrêmes : la veille de sa mort, quand il était au plus mal, le sujet prend, par erreur, la potion purgative d'un peintre, n'a que quelques selles dans la journée, sans vomissements ; et, à l'ouver-

ture de son corps, on trouve la membrane muqueuse de l'estomac plus ou moins rouge et ramollie dans toute son étendue, superficiellement ulcérée près du pylore; plusieurs plaques de l'iléum profondément altérées, ulcérées ou non ulcérées; la membrane muqueuse de l'intestin grêle ramollie à un degré remarquable dans son dernier tiers; la rate, le cœur, le foie non moins ramollis : dernières lésions auxquelles l'altération cadavérique commençante n'est probablement pas étrangère, comme on l'a vu dans la seconde partie de cet ouvrage.

On dirait, au premier abord, qu'il y a eu ici deux affections: la première, antérieure; la seconde, postérieure au dévoiement; et l'on peut croire qu'à une époque encore peu éloignée de celle-ci, on aurait désigné la première sous le nom d'embarras gastrique, et la seconde sous celui de fièvre typhoïde. Mais un examen un peu approfondi des symptômes et des lésions, me semble repousser cette manière de voir. Car, d'un côté, la constipation, ou la régularité des selles, n'est pas très rare au début de l'affection typhoïde, qui peut rester latente dans tout son cours; et, de l'autre, l'altération des plaques elliptiques étant la plus profonde de celles qui ont été observées, doit être considérée comme la plus ancienne, antérieure, par conséquent, à celle de l'estomac.

La lésion de l'intestin grêle avait d'ailleurs suivi sa marche accoutumée, les ulcérations des plaques elliptiques de l'iléum étant plus larges près de la valvule iléo-cœcale que dans tout autre point. Et il est remarquable que la membrane muqueuse des plaques non ulcérées n'était que médiocrement ramollie, que l'altération du tissu sous-muqueux correspondant était profonde; en sorte qu'il n'est pas vraisemblable, comme je l'ai dit dans la première partie

de cet ouvrage, que cette lésion fût consécutive à celle de la muqueuse; qu'on peut seulement admettre qu'elles se sont développées l'une et l'autre en même temps.

N'oublions pas, en terminant, un fait important, je veux parler de l'absence de tout vomissement à la suite du drastique donné, par erreur, au malade, la veille de sa mort. A raison de l'état où était alors la membrane muqueuse de l'estomac, le fait semble d'abord avoir quelque chose d'extraordinaire ; mais il s'explique sans peine par l'assoupissement profond du sujet, et il devient une nouvelle preuve de la vérité de ce qui a été dit plus haut, de l'influence des accidents cérébraux sur les symptômes gastriques, dont ils empêchent le développement chez les sujets dont la membrane muqueuse de l'estomac est profondément altérée.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Huit, sur cinquante-sept sujets dont l'affection fut *grave*, n'eurent pas d'assoupissement manifeste. Et dans quarante cas où j'ai noté avec soin le début, la durée et le degré de ce symptôme, voici ce que j'ai observé. Il n'eut lieu, le premier jour de la maladie, chez aucun individu. Un seul en fut affecté le deuxième. Il débuta les sixième et huitième chez deux autres, le plus ordinairement le neuvième; dans un cas extrême, le quarantième, et, terme moyen, le quatorzième jour de l'affection. — Sa durée moyenne fut de huit jours; les extrêmes de cette durée, un et vingt. Quatre sujets n'eurent d'assoupissement bien marqué que pendant vingt-quatre ou trente-six heures; trois éprouvèrent ce symptôme pendant quinze, dix-huit et vingt jours. — Il fut profond dans la quatrième partie des cas, c'est-à-dire qu'alors les malades retombaient dans l'assoupissement

d'où on les avait tirés par quelques questions, dès qu'on cessait de les interroger. Il était médiocre ou léger dans les autres, ordinairement continu; et il remplissait les intervalles du délire quand celui-ci avait lieu, comme chez les individus dont la maladie eut une terminaison funeste.

Parvenu au *summum* de son développement, il diminuait par degrés, de manière que je ne l'ai vu suivre une marche contraire, ou augmenter le dernier jour de sa durée, que dans un cas.

Dans ceux où l'affection fut *légère*, la somnolence manqua assez fréquemment; c'est-à-dire que dix-neuf sujets seulement, sur trente-un, l'éprouvèrent à divers degrés, Elle était généralement beaucoup moins considérable, de moindre durée, plus tardive dans ces cas que dans les précédents. Elle débuta au cinquième jour chez un seul sujet; aux septième et neuvième chez deux autres, terme moyen, au dix-huitième jour de l'affection.

La somnolence est aussi un des symptômes le plus ordinaire de l'affection typhoïde dans l'*enfance;* mais nous ignorons dans quelle proportion elle a lieu. Comme chez l'adulte la somnolence débute rarement chez les enfants avec les premiers symptômes de la maladie, de manière que M. Rilliet ne l'a observée, à cette époque, que chez deux sujets dont un a succombé. Et bien rarement, ajoute-t-il, la somnolence est aussi marquée avant qu'après quinze ans.

3° *Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës, qui ont succombé ou qui ont guéri.*

Je n'ai recueilli d'exemple de somnolence chez les sujets emportés par des maladies aiguës de cette espèce, que dans

deux cas. Parmi ceux dont l'affection eut une heureuse issue, un *péripneumonique* éprouva ce symptôme à un remarquable degré, les huitième et neuvième jours de la maladie. Il débuta chez trois *varioleux* aux troisième et quinzième; et l'on conçoit sans peine que la somnolence jetterait aisément dans l'erreur, dans des cas analogues, si elle venait à se manifester avant l'éruption, puisque les symptômes généraux étant alors les mêmes que dans beaucoup de cas d'affection typhoïde, on pourrait croire avoir affaire à cette maladie. Toutefois, comme dans l'affection typhoïde la somnolence débute bien rarement avant le quatrième jour, on devrait soupçonner, dans le cas où elle se manifesterait plus tôt, qu'elle est le signe précurseur d'une fièvre éruptive. — J'ai encore observé la somnolence dans un cas de *scarlatine*, chez quelques sujets atteints d'*érysipèle à la face*, et chez deux autres affectés d'angine gutturale. — Il n'y eut ni somnolence ni stupeur dans les cas d'*entérite* proprement dite. Et si quelques-uns des quatre-vingt-quatre sujets qui furent atteints de cette maladie à divers degrés, eurent un peu de tendance au sommeil, ce fut seulement dans la proportion du nombre des selles et de l'affaiblissement qu'elles produisaient.

Chez aucun des sujets dont il s'agit, la somnolence n'a été comparable à ce qu'elle était ordinairement chez les malades atteints d'affection typhoïde, même à un faible degré; en sorte qu'il faut la considérer comme un des symptômes les plus caractéristiques de cette maladie.

§ 3.

Du délire.

1° *Chez les sujets morts d'affection tyhoïde.*

Le délire eut lieu chez sept des quarante-six sujets dont il s'agit. Les huit qui n'en offrirent pas succombèrent, pour la plupart, à la suite de la perforation de l'intestin grêle (obs. 8, 15, 20, 32, 41, 42, 43, 44, 45). Deux autres ne l'eurent que de vingt-quatre à quarante-huit heures, à une certaine période de l'affection (obs. 2, 16). Je ne l'observai que dans les deux ou trois derniers jours de l'existence, chez deux sujets emportés aux vingt-troisième et vingt-quatrième jour de la maladie, comme cela est assez ordinaire chez ceux qui succombent à d'autres affections aiguës (obs. 24, 37) : de manière qu'il serait exact de dire, à très peu de chose près, que sur quarante-six sujets emportés par l'affection qui nous occupe, trente-quatre seulement, ou les trois quarts environ, eurent du délire.

Ce symptôme offrait des différences remarquables relativement au degré, au début et à la durée, même chez les malades qui succombèrent dans la même période, du huitième au quinzième jour, par exemple.

Il fut accompagné d'une violente agitation, surtout pendant la nuit, chez douze sujets qu'on fut obligé de maintenir avec le gilet de force, la nuit seulement, ou le jour et la nuit, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, suivant le degré de l'agitation. Et cette agitation fut si considérable chez un malade, que les liens les plus nombreux suffisaient à peine pour le maintenir dans son lit, au dixième jour de l'affection, la veille de sa mort (obs. 9). — Cette forme de délire était plus fréquente chez

les sujets emportés du huitième au vingtième jour de la maladie, que chez ceux qui succombèrent plus tard; dans la proportion de six à treize pour les premiers, de six à vingt pour les seconds.

Au milieu de cette violente agitation, la plupart des malades, dix sur douze, poussaient des cris, la nuit principalement, de manière à empêcher leurs camarades d'une même salle de dormir un instant. Ces vociférations insupportables, dont la durée offrit de nombreuses variétés, se prolongèrent, sans interruption, du treizième au vingt-cinquième jour de l'affection, chez un sujet qui mourut à cette dernière époque (obs. 36). Tant que cette extrême agitation durait, il était impossible d'obtenir quelque réponse des malades; ou bien elles étaient d'une bizarrerie extrême. Ainsi l'un ne savait pas son nom, l'autre ignorait s'il était malade (obs. 3, 38). Les mêmes individus témoignaient souvent beaucoup d'impatience, et l'un d'eux, avant d'être maintenu avec le gilet de force, me frappait du poing pour m'empêcher de lui tâter le pouls.

D'autres, sans éprouver la même agitation, parlaient presque sans interruption pendant la nuit (obs, 1, 10, 17, 22); et, chez quelques-uns, au lieu de paroles intelligibles, c'était un *grognement* continuel, plus ou moins fort, presque aussi insupportable que les vociférations, qui se prolongait au milieu de l'assoupissement (obs. 3, 29).

Un fait fort digne d'attention d'ailleurs, c'est qu'un seul des dix malades qui poussèrent des cris plus ou moins violents au milieu du délire, m'a offert, après la mort, quelques fausses membranes dans les voies aériennes; que chez aucun il n'y eut destruction partielle de l'épiglotte; et que le sujet dont les vociférations se prolongèrent pendant quinze jours, avait le larynx et l'épiglotte dans l'état naturel. Preuve,

entre mille, que les causes occasionnelles sont sans action, ou presque sans action, là où les causes prédisposantes n'existent pas.

Dans les autres cas, le délire avait principalement lieu pendant la nuit; il n'était pas continu, et l'on pouvait assez ordinairement fixer, pour quelque temps, l'attention des malades qui faisaient alors quelques réponses sensées. Mais leur attention se fatiguait promptement, et pour peu que l'interrogatoire se prolongeât, ils ne répondaient plus *ad rem.* — Quelques-uns, au milieu des symptômes les plus graves, répondaient se trouver bien; espèce de perversion des sensations et du jugement que les pathologistes ont regardée, avec raison, comme un des signes les plus graves, et que je n'ai pas rencontrée parmi les malades qui ont guéri. — Une femme, qui mourut à une époque assez éloignée du début, parlait du danger qui la menaçait, le dix-septième jour de l'affection; elle y était profondément indifférente, comme à tout ce qui l'environnait, le vingt-unième; elle se trouvait mieux le vingt-troisième, passant ainsi rapidement de la crainte à l'indifférence et à l'espoir (obs. 29).

Si l'on en excepte un malade qui assurait, dans les intervalles d'agitation, que son argent lui avait été pris, le délire ne portait dans aucun cas sur une idée fixe.

Le délire *débutait*, chez presque tous les sujets, après la somnolence. Il eut lieu, dès le troisième jour de l'affection, chez deux malades qui succombèrent les huitième et quatorzième; le quatrième, chez un homme qui mourut le trente-troisième; le cinquième, chez deux individus emportés les dix-neuvième et vingtième jour; du huitième au vingt-cinquième, dans les autres cas. Il débuta, terme moyen, le dixième jour de l'affection chez les sujets qui mou-

rurent du quinzième au vingtième, et le quinzième seulement, chez ceux qui succombèrent après cette époque.

Quant à *sa durée*, elle fut la même chez les malades qui moururent du quinzième au vingtième jour, et chez ceux qui furent emportés après cette époque, terme moyen, de dix jours. Ce qui provient de ce que le délire débuta plus tard chez ceux qui succombèrent lentement, que chez ceux qui arrivèrent plus ou moins rapidement au terme fatal ; et de ce que, chez ces derniers, il était continu, persistait jusqu'à la mort; tandis que chez les autres, il cessait parfois avant, ou offrait quelque intermittence plus ou moins marquée (obs. 17, 18, 21, 22, 28, 34). — Les extrêmes de la durée ne différaient même que fort peu chez les individus qui succombèrent avant ou après le trentième jour de l'affection, cette durée étant de cinq à quinze jours pour les premiers, de quatre à seize pour les autres.

Maintenant, y avait-il un rapport appréciable entre le délire et l'état du cerveau, ou celui de quelque autre organe? Pouvait-on en trouver la cause dans leur état anatomique? Voici les faits :

Des douze sujets qui n'eurent pas de délire dans le cours de l'affection, ou qui n'en eurent que momentanément, pour vingt-quatre heures, ou pendant les deux ou trois derniers jours de la vie, quatre avaient la substance corticale du cerveau plus ou moins rose, dans toute sa circonférence. Ce viscère était parfaitement sain chez six autres. Il était très injecté, une de ses couches optiques était un peu ramollie, dans un cas; toute sa masse était un peu moins consistante que dans l'état ordinaire, dans le dernier. — Une si grande variété dans l'état apparent du cerveau, chez

des sujets qui n'eurent pas de délire, doit faire craindre de ne pouvoir trouver, dans les lésions appréciables de l'encéphale, l'explication des symptômes dont il est la source; et elle indique que ces altérations diverses sont probablement, comme je l'ai dit dans la seconde partie de cet ouvrage, le produit des derniers temps de l'existence (obs. 2, 8, 15, 16, 20, 24, 32, 37, 42, 43, 44, 45).

Ces inductions se trouvent confirmées par l'état du cerveau des douze sujets dont le délire a été le plus violent. Chez cinq d'entre eux, en effet, la substance corticale était d'un rose plus ou moins vif (obs. 9, 19, 23, 27, 36); chez cinq autres, toute la masse encéphalique était dans l'état normal. Elle était un peu molle chez un onzième (obs. 14), très injectée chez le dernier (obs. 18). — Entre l'état du cerveau chez ces sujets et chez les précédents, la différence est si petite, qu'on peut dire à très peu près, qu'il y a identité; tandis que les fonctions cérébrales étaient dans un état opposé, ou entièrement différent, chez les uns et chez les autres.

La consistance du cerveau ne parut un peu supérieure à ce qu'elle est dans l'état naturel, que chez deux des vingt-quatre sujets dont il s'agit. L'un eut un délire violent, l'autre conserva l'usage des facultés de l'intelligence (obs. 19, 45). Nouvelle raison de ne pas considérer ce degré de consistance comme un état pathologique (page 387 du premier volume).

Il est inutile, après cela, de comparer en détail l'état du cerveau et celui des fonctions cérébrales chez les autres individus; et je me contenterai de dire que cette comparaison n'est pas moins concluante que celle qui précède; en sorte que bien évidemment l'état apparent du cerveau ne pouvait expliquer les symptômes dont il avait été la source, à peu près comme l'état de la membrane mu-

queuse de l'estomac ne rend pas compte de l'anorexie et d'autres symptômes gastriques, dans un grand nombre de circonstances. Et comme alors on trouve ordinairement la cause de ces altérations de fonctions dans les lésions plus ou moins graves de quelque autre viscère, on peut croire qu'il en est encore de même ici des symptômes cérébraux; ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

On a souvent attribué aux maladies de l'estomac l'altération plus ou moins profonde des fonctions cérébrales. Sans leur dénier cette influence, qu'elles doivent nécessairement avoir, comme tant d'autres, dans quelques cas, voici ce que j'ai observé à cet égard, chez les sujets qui nous occupent. Des douze qui n'avaient pas eu de délire, on n'en avaient eu que dans les deux ou trois derniers jours de l'existence, un avait la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel, sauf une légère nuance rose (obs. 37); trois l'avaient légèrement ramollie, sans altération de couleur ou d'épaisseur, dans le grand cul-de-sac ou dans le voisinage du pylore (obs. 15, 32, 43); cette membrane n'offrait guère que quelques petites ulcérations chez deux autres sujets (obs. 24, 42); elle était mamelonnée dans une étendue variable, ordinairement avec altération de couleur, de consistance et d'épaisseur, dans les six autres cas (obs. 2, 8, 16, 21, 44, 45). — Ces divers états existaient à peu près dans la même proportion chez les sujets dont le délire avait été plus ou moins violent; de manière que deux d'entre eux avaient la membrane muqueuse de l'estomac dans l'état naturel (obs. 14, 18); deux l'avaient seulement ramollie dans le grand cul-de-sac (obs. 9, 19); deux l'avaient ramollie et amincie ou détruite par bandes (obs. 10, 27); enfin, cette membrane était plus ou moins largement mamelonnée, ordinairement plus ou moins rouge et épaissie, chez les six

derniers sujets (obs. 3, 23, 30, 36, 38, 39). — Il n'est donc pas possible d'attribuer à l'état de la membrane muqueuse de l'estomac les symptômes cérébraux qui ont eu lieu chez les sujets morts d'affection typhoïde.

Le même défaut de rapport existait entre les symptômes cérébraux, parmi lesquels il ne faut pas oublier la somnolence, l'état de la membrane muqueuse du gros intestin, et celui des autres organes. Et, comme il n'y eut qu'une seule lésion constante et toujours la même chez tous les sujets, l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle, il faut en conclure que c'est dans cette lésion, et sans doute aussi dans la cause, quelle qu'elle soit, qui avait favorisé le développement de l'affection, que se trouvait la véritable cause du délire, de la somnolence surtout; ce dernier symptôme n'existant que chez un bien petit nombre d'individus emportés par d'autres affections aiguës, bien que dans celles-ci les altérations des membranes muqueuses soient presque aussi fréquentes que dans le cours de l'affection typhoïde.

On dira peut-être que si le cerveau et l'estomac n'étaient pas altérés dans tous les cas où les fonctions cérébrales avaient été plus ou moins profondément troublées, si l'on ne peut pas expliquer le trouble de ces fonctions par l'altération de l'un et de l'autre organe réunis, on le peut sans doute, par l'un ou par l'autre isolément; qu'ainsi, mes conclusions ne sont pas rigoureuses. Mais les faits repoussent cette manière de voir, le cerveau et l'estomac n'ayant rien offert de remarquable dans plusieurs cas.

Le défaut de relation entre les symptômes cérébraux et l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, est d'ailleurs parfaitement d'accord avec ce qui a été dit précédemment, de l'époque à laquelle débutent ordinairement les lésions de

ce dernier viscère, à une période avancée de la maladie, quand déjà les fonctions encéphaliques sont plus ou moins profondément altérées. L'observation suivante va nous offrir une nouvelle preuve de ce fait.

XXXIVe OBSERVATION.

Anorexie, soif, chaleur, constipation, puis diarrhée, léger délire ; somnolence bientôt considérable, continue les dix derniers jours ; météorisme très prononcé ; mort au *vingt-cinquième jour*. — Ramollissement, amincissement de la muqueuse gastrique ; ramollissement extrême, épaississement de la muqueuse colite ; plaques elliptiques de l'iléum ulcérées ou non ulcérées, glandes mésentériques correspondantes volumineuses, ramollies, d'un rouge livide.

Une fille, âgée de dix-sept ans, vive et intelligente, d'une petite taille, d'un embonpoint médiocre, vint à l'hôpital de la Charité le 9 février 1823. A Paris depuis près de neuf mois, elle y était venue malgré elle, y avait pris un peu d'embonpoint, était malade depuis quinze jours, et au lit depuis six.

Au début, à la suite d'une nouvelle affligeante : céphalalgie, perte de l'appétit et des forces, soif, chaleur élevée, constipation. Ces symptômes persistèrent, la céphalalgie cessa au huitième jour, peu après l'application de dix sangsues à l'anus. A la même époque, la malade prit, sans avoir éprouvé de symptômes gastriques, quelques grains d'ipécacuanha qui furent suivis de vomissements de bile ; ses évacuations alvines, rares jusqu'alors, devinrent liquides et assez nombreuses ; elle eut, par intervalles, des douleurs de ventre, à l'hypogastre surtout ; elle se mit au lit, eut des frissons, et fut, dès ce moment, très sensible au froid. Toussant depuis quatre semaines, à l'époque du début, elle toussa un peu davantage ensuite.

Le 10 : figure violacée, d'ailleurs assez naturelle somno-

lence fréquente, mais facile à vaincre; réponses justes, léger délire pendant la nuit, comme depuis quelques jours; céphalalgie gravative, yeux assez vifs, soubresauts presque continuels dans les bras, sentiment de gêne autour de la mâchoire inférieure; langue rouge et sèche à la pointe, jaunâtre et villeuse en arrière, soif vive, déglutition facile, anorexie sans dégoût; ventre universellement sensible à la pression, souple, non météorisé, une selle pendant la nuit; pouls assez plein, un peu dur, à cent quinze; chaleur sèche, intense; quelques taches roses, lenticulaires, au dos et sur les parties antérieures et latérales de la poitrine; toux médiocrement fréquente, parole un peu brève, oppression, râle muqueux, ou comme produit par une espèce de corde de basse dans toute la partie postérieure de la poitrine. (*Limon.* ter; *pot. gom.; lav. de lin.*)

Le soir : délire tranquille, mais profond, de manière que la malade ne reconnaissait pas les personnes qui lui donnaient des soins. Ce délire persista long-temps encore au même degré, après une légère émission sanguine. Le lendemain, à l'heure de la visite, la malade se le rappelait et se disait assez bien; sa figure portait l'empreinte de la tristesse et de l'ennui, sa langue était rouge et humide, son ventre météorisé, un peu sensible à la pression; la chaleur élevée, le pouls enfoncé; les soubresauts continuaient. (*Vésic. aux jambes.*)

Il y eut des propos incohérents dans la journée. Le 12, l'intelligence était complète, la tendance au sommeil, considérable; et la malade faisait d'inutiles efforts pour la surmonter. La langue était sèche et rouge antérieurement, le météorisme considérable, le pouls plus enfoncé que la veille, à cent dix; les autres symptômes comme le jour précédent.

L'assoupissement fut continuel pendant le jour, et il y eut du délire pendant la nuit. Le 13 au matin : pouls encore plus faible que de coutume, à quatre-vingt-douze seulement, crachats muqueux, parmi lesquels plusieurs étaient striés de rouge ; un peu de crépitation au bas du poumon droit en arrière, continuation des soubresauts et du météorisme. *(Quatre sangs. à chaque oreille, sinap. aux pieds; pot. gom.)*

Dès-lors, jusqu'au 19, l'assoupissement fut profond, difficile à vaincre ; il y eut du délire pendant la nuit. Cependant la malade se plaignait, le 14, des nouveaux vésicatoires qu'on lui ordonnait, le premier l'ayant fait inutilement souffrir, parcequ'elle n'avait aucun mal ! Le météorisme diminua progressivement, et les selles, au nombre de trois à quatre dans la journée, furent involontaires. La chaleur fut assez élevée, le pouls médiocrement développé. On entendait un peu de râle crépitant sur les côtés de la poitrine. —Les vésicatoires des jambes et des cuisses eurent un bon aspect ; on en ordonna un cinquième à la poitrine le 17. Des sangsues, appliquées aux oreilles, le 14, n'eurent aucun effet heureux appréciable, et une infusion de quinquina, prise le 18, fut vomie.

Le 19 : figure décolorée, persistance de l'assoupissement ; et si l'on en tire la malade, elle assure ne pas souffrir. *(Suppression du kk.)*

Dans la soirée, la respiration fut très gênée, très fréquente, répétée soixante fois par minute; la malade fut administrée, commença à se croire en danger, et bientôt elle eut du délire. Le lendemain, sa figure était cadavéreuse, elle avait encore l'usage de son intelligence, sans avoir la force de soulever complétement ses paupières, et elle faisait des efforts inutiles pour sortir ses bras hors du lit,

croyant que je voulais lui tâter le pouls. Ses plaintes étaient continuelles durant l'application des sinapismes, et on l'entendait dire : Les battements du cœur sont-ils encore sensibles? Oh mon Dieu! — Une heure après, elle expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Raideur considérable des membres; épaississement de la peau sur laquelle avaient été appliqués les vésicatoires.

Tête. Point de granulations arachnoïdiennes (glandes de Pacchioni), ni d'infiltration au-dessous de l'arachnoïde; quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux; substance cérébrale ferme, médiocrement injectée; cervelet sain.

Cou. Larynx dans l'état naturel; trachée-artère rouge inférieurement.

Poitrine. Poumons libres, remplissant la poitrine sans s'affaisser, bien que leurs cellules ne fussent que très peu dilatées; d'un rose tendre à leur partie antéreure, d'un rose violet, un peu engoués en arrière, dans une médiocre étendue; semés, intérieurement, d'un grand nombre de granulations grises, demi-transparentes. Bronches d'un rose assez vif; leurs dernières divisions tapissées par une matière puriforme. — Le péricarde contenait 55 grammes de sérosité claire. Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains. Les ventricules droit et gauche contenaient des concrétions succiniformes.

Abdomen. L'œsophage était en partie dépouillé de son épiderme, d'ailleurs sain. — L'estomac contenait un liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse avait le même aspect jusqu'à 80 millimètres du pylore, près duquel elle était d'un

rose très tendre. D'une épaisseur et d'une consistance convenables dans cette partie, elle était très amincie et molle comme du mucus partout ailleurs. — Sauf une faible nuance rose, le duodénum n'offrait rien de remarquable.— L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus, couleur orange plus ou moins intense. Sa membrane muqueuse était très ramollie, d'un rouge obscur près du cœcum, dans la longueur de 13 décimètres, et de là jusqu'au duodénum, d'un rouge clair, sauf quelques taches blanchâtres. Les plaques elliptiques n'étaient visibles que dans l'iléum; les plus rapprochées du jéjunum étaient blanchâtres, assez minces ; les autres, rouges, successivement plus développées, plus larges et plus épaisses, à mesure qu'elles étaient plus voisines de la valvule iléo-cœcale. Près de celle-ci, elles étaient ulcérées dans la longueur de 6 décimètres et demi, leur membrane muqueuse plus ou moins largement détruite, leur tissu sous-muqueux à découvert, ou même détruit, au fond de quelques ulcérations, dans la largeur de 10 à 12 millimètres; et alors les fibres musculaires correspondantes étaient rouges et épaissies. Les plaques non ulcerées avaient 2 millimètres, ou environ, d'épaisseur, par suite du développement de la muqueuse, qui était rouge et ramollie, et du tissu cellulaire sous-muqueux, non moins rouge et épaissi. Entre ces deux espèces de plaques s'en trouvaient d'autres beauconp plus petites, irrégulières, d'ailleurs semblables, et quelques granulations miliaires jaunes, sans orifice ou point central. En outre, contre le cœcum, dans la largeur de 40 millimètres, la membrane muqueuse de l'iléum était détruite dans presque tout son pourtour, et le tissu cellulaire sous-muqueux plus ou moins rouge et épais. — Le gros instestin était un peu plus volumineux que dans l'état ordinaire, et il contenait une matière jaunâtre, assez abon-

dante, très claire. Ses parois étaient épaissies, sa membrane muqueuse extrêmement ramollie, plus épaisse que d'ordinaire, et elle offrait un assez grand nombre de taches grisâtres, lenticulaires, marquées d'un point noirâtre à leur centre. — Toutes les glandes mésentériques étaient rouges et livides; et les plus rapprochées du cœcum très volumineuses et ramollies. Les glandes mésocolites très d'un rouge plus foncé et d'un volume proportionnément plus considérable. — Le foie était un peu rouge et gorgé de sang, d'ailleurs sain; la bile de la vésicule était rousse et ténue. — La rate était presque doublée de volume, d'une couleur foncée, d'une médiocre consistance. — Les reins étaient rouges et pénétrés de plus de sang que d'ordinaire. — La matrice était saine. L'ovaire gauche avait 70 millimètres de long sur 27 de large, était aplati, grisâtre, comme infiltré à l'intérieur; le droit avait une forme arrondie, 27 millimètres de diamètre, et il offrait, intérieurement, une petite cavité remplie de sang.

Cette observation est remarquable, comme plusieurs de celles que j'ai exposées jusqu'ici, par la bénignité de certains symptômes, l'absence de plusieurs autres, la profondeur et la variété des lésions. Il n'y eut, en effet, ni nausées ni douleurs à l'épigastre; et si le ramollissement pultacé, avec amincissement de la membrane muqueuse de l'estomac, ne peut pas être considéré comme le résultat d'une inflammation; au degré où il était, chez un individu mort en hiver, et ouvert vingt heures après la mort, on ne saurait non plus l'attribuer uniquement à la décomposition cadavérique commençante. La diarrhée fut peu considérable, et cependant la membrane muqueuse de l'intestin grêle et du gros intestin était profondément altérée.

Les symptômes cérébraux, bien que fort graves, avaient aussi une certaine apparence de bénignité. Il y eut, pendant la nuit, bien rarement le jour, un peu de délire ; l'assoupissement eut lieu, sans interruption, pendant tout le cours de la maladie ; mais dès qu'on en avait tiré la malade par quelque question, elle répondait avec justesse ; le mouvement fébrile n'était pas non plus très considérable ; en sorte qu'un examen attentif de la maladie semblait devoir conduire moins à un pronostic facheux qu'à un pronostic favorable. La longue durée de l'assoupissement n'était pas une raison de désespérer du sujet, puisqu'on le voit persister de quinze à vingt jours chez des individus qui guérissent.

L'état de la sensibilité de la malade, six jours avant la mort, est d'ailleurs fort digne de remarque. Alors effectivement, elle paraissait aussi sensible à l'action des vésicatoires qu'une personne de la sensibilité la plus vive, et elle repoussait l'application de nouveaux épispastiques, par la raison qu'elle n'était pas malade ! On pourrait concilier ces deux choses, en apparence contradictoires, si l'on pouvait supposer que cette femme ne se disait bien que pour éviter la douleur des vésicatoires. Mais cette supposition ne peut être faite, puisque, plus tard, on sut que la malade ne se croyait réellement pas en danger, à cette époque. En sorte qu'il faut reconnaître ici tout à la fois, une sensibilité aussi extrême de la peau, qu'obtuse des organes profondément placés ; ce qui d'ailleurs n'est pas très rare. La justesse des perceptions de la malade une heure et demie avant la mort, quand déjà elle ne pouvait plus relever complétement ses paupières ni mouvoir ses bras, est plus remarquable, et rapproche ce fait d'un autre cité plus haut, également relatif à une femme qui paraissait insensible au pincement des bras, la veille de sa mort, et ne les y laissait exposés

que parce qu'elle ne pouvait leur faire exécuter le plus petit mouvement (obs. 8).

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Chez trente-neuf des cinquante-six sujets dont l'affection fut *grave*, le délire eut lieu, offrit de grandes variétés sous le rapport du début, de la durée, du degré ; et il fut généralement moins intense que chez les malades qui succombèrent.

Relativement au début, deux sujets âgés de quinze à seize ans en furent atteints dès le premier jour; mais il était peu considérable chez l'un et chez l'autre, avait presque uniquement lieu durant la nuit, de manière qu'il n'offrait, pour ainsi dire, que l'exagération de cet état de malaise qu'éprouvent la plupart des malades atteints d'affection typhoïde pendant le sommeil, et qui leur fait souvent faire beaucoup d'efforts pour se tenir éveillés. Le délire débuta du quatrième au dixième jour de la maladie chez neuf sujets, du onzième au vingtième chez douze, du vingtième au trentième chez les autres.

D'une assez longue durée dans quelques cas, il était généralement fort court. Ainsi, sept malades ne l'eurent que pendant vingt-quatre heures, du sixième au vingtième jour de la maladie, sans que d'ailleurs la somnolence en fût moins considérable : trois l'éprouvèrent pendant quinze et vingt-quatre jours, à un degré remarquable et d'une manière presque continue. Sa durée moyenne fut de six jours et demi chez les autres.

Ordinairement calme, de manière à ne se déceler que par des propos incohérents et souvent inintelligibles, ou par des réponses peu appropriées aux questions, le délire fut très agité, violent chez cinq sujets, qui poussaient des cris continuels,

pendant la nuit surtout, et qu'on fut obligé de maintenir dans leur lit avec le gilet de force. Il y eut encore de l'agitation chez quelques autres, mais à un beaucoup moindre degré, de manière qu'ils étaient suffisamment assujettis, au moyen d'un drap passé transversalement sur leur corps et attaché de chaque côté du lit.

Dans la période d'accroissement, ou dans l'état de l'affection, quand le mouvement fébrile était encore plus ou moins considérable, le délire ne portait sur aucun objet déterminé, consistait seulement dans l'impossibilité où était le malade de faire un usage régulier de son intelligence. Mais au-delà de cette époque, quand la fièvre avait beaucoup diminué, ou même au commencement de la convalescence, j'ai vu deux fois le délire porter sur des objets fixes. Un malade qui se trouvait dans ce dernier cas, prétendit, cinq jours de suite, avoir été depuis son admission à l'hôpital, dans son village, d'où il avait rapporté des louveteaux qu'il voulait vendre. Il ne pouvait dire comment il avait voyagé; mais quelque objection que je lui fisse, il resta pendant cinq jours dans la même illusion, que d'ailleurs il soutenait avec beaucoup de calme; et ce ne fut qu'après cette époque, en revenant du jardin de l'hôpital, qu'il reconnut son erreur. — L'autre cas est relatif à une jeune fille beaucoup moins avancée dans la convalescence, d'une grande sensibilité, qui avait eu beaucoup de chagrins avant le début de sa maladie. Elle soutint, deux jours de suite, que sa sœur, qui habitait Saint-Germain, était morte; qu'elle l'y avait vue trois jours auparavant; et elle le soutenait avec l'accent de la plus profonde conviction, s'occupant de ses petites nièces, de leur deuil, et me suppliant, d'un air profondément affligé, d'écrire à une de ses parentes à ce sujet. Ce délire eut encore cela de remarquable, qu'il

fut remplacé par un délire varié qui disparut après le même espace de temps.

D'ailleurs, ce symptôme cessait, non tout-à-coup, mais par degrés; l'exercice *complet* des facultés intellectuelles ne se rétablissait qu'un peu plus tard : et, ce qui me paraît véritablement digne de remarque, c'est qu'à l'exception d'un des malades dont il vient d'être question, aucun de ceux que j'ai observés n'eut le moindre dérangement des facultés intellectuelles, après la cessation de la fièvre. Ce fait serait inconcevable, il me semble, si le délire dépendait, dans le cours de l'affection typhoïde, d'une lésion grave du cerveau, comme le serait une inflammation de toute sa masse ou d'une de ses parties; une pareille lésion devant avoir, au moins dans plusieurs cas, des suites, dont l'existence se serait révélée par quelque altération de l'intelligence ou du mouvement. — Ainsi l'étude des symptômes confirme ce que j'avais cru pouvoir conclure de la simple considération de l'état du cerveau après la mort, et tous les faits semblent prouver que le délire de l'affection typhoïde ne peut être expliqué par une lésion *appréciable* du cerveau.

Sur plus de trois cents malades atteints d'affection typhoïde, que j'ai observés depuis la publication de mes recherches, je n'en ai vu qu'un dont l'intelligence ait offert un certain degré d'altération pendant la convalescence d'une affection typhoïde grave. C'était un sujet de peu de capacité, qui resta, pendant les six semaines que dura sa convalescence, dans une sorte d'idiotisme, dont il ne sortit que lentement, complétement toutefois. De manière qu'aucune proposition ne doit paraître mieux établie que celle qui précède.

Chez les sujets dont la maladie fut *légère*, le délire fut rare.

Trois seulement, sur trente-un, en furent atteints, à un certain degré; l'un deux pendant vingt-quatre heures, un autre pendant deux jours, le troisième pendant sept. Le délire eut lieu au déclin de la fièvre chez ce dernier, du vingt-huitième au trente-cinquième jour de l'affection, quand la diarrhée était encore assez considérable, et il était fixe. Le malade se croyait loin de Paris et près de son pays, sans pouvoir indiquer avec précision le lieu où il se trouvait. Il perdit à peu près complétement la mémoire, et ne put retenir le nom de l'hôpital, pendant ces sept jours.

Suivant MM. Taupin et Rilliet le délire débute bien rarement, dans l'*enfance*, avec les premiers accidents; il apparaît ordinairement du septième au treizième jour de l'affection, et sur cent dix-huit enfants observés par M. Taupin, cinquante-trois eurent seulement un peu d'agitation, sans délire; quarante-quatre poussaient des cris, et quinze, si l'on avait oublié de les maintenir dans leur lit avec la camisole de force, se levaient au milieu de la nuit, couraient jouer ou se coucher avec leurs camarades endormis, ou erraient sans but, ou marchaient à grands pas dans les salles, et résistaient à des personnes robustes; incapables, après l'exacerbation, de boire seuls ou de se tenir assis dans leur lit, et ne se rappelant pas, le lendemain, ce qu'ils avaient fait pendant la nuit. Neuf sujets eurent des rêvasseries continuelles.

La durée du délire fut très variable dans les cas observés par M. Rilliet, qui ne l'a pas rencontré au-delà du quinzième jour de l'affection, si ce n'est dans deux cas où il fut constaté aux vingt-troisième et vingt-cinquième jour. Le dernier était relatif à un enfant de huit ans, qui avait été traité par les émissions sanguines, et dont le délire ne disparut

qu'à l'époque à laquelle on commença à lui donner des aliments. Le même médecin n'a observé le délire que dans le tiers des cas, souvent précédé d'agitation et de rêvasseries pendant la nuit, souvent remplacé par de la somnolence : de manière qu'il est vrai de dire qu'avant comme après quinze ans, le délire n'a pas lieu, à beaucoup près, chez tous les individus atteints d'affection typhoïde, qu'il varie beaucoup relativement à l'époque de son apparition, relativement à sa cause et à son degré.

3° *Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës.*

De trente *péripneumoniques* sur lesquels j'ai pu prendre des renseignements exacts, relativement au symptôme qui nous occupe, huit, ou environ la quatrième partie, eurent un délire plus ou moins fort, à une époque et dans un espace de temps variables. Chez un sujet dont l'affection dura sept jours, il débuta en même temps qu'elle, continua sans interruption jusqu'à la mort, fut tranquille pendant les cinq premiers jours, puis bruyant et furieux, au point qu'on fut obligé d'en venir au gilet de force. Chez cinq malades qui moururent du onzième au vingt-cinquième jour, il commença de quatre à sept jours avant le terme fatal, et ne finit qu'avec la vie. Deux d'entre eux l'eurent à un remarquable degré, furent maintenus dans leur lit avec le gilet de force; et celui dont l'affection et le délire durèrent sept jours, disait à M. Chomel, qu'il connaissait depuis l'enfance, qu'il voudrait bien le voir; et M. Chomel lui observant qu'il lui parlait à lui même, il lui répondait avec vivacité qu'il le connaissait trop bien pour qu'on pût lui en imposer ! Le délire eut lieu chez le septième sujet pendant un jour, au quatrième de l'affection; et du vingt-septième au trentième

chez le dernier, qui succomba à la fin du deuxième mois de la maladie. Chez l'un et chez l'autre il fut caractérisé par un babil insupportable pendant la nuit. — La somnolence ne vint pas à sa suite, ce qui le distinguait de celui qui a lieu dans le cours de l'affection typhoïde.

Ici comme dans cette dernière maladie, je crois impossible, dans l'état actuel de la science, de trouver la cause du délire dans une altération appréciable du cerveau. Car cinq des huit sujets qui nous occupent avaient le cerveau parfaitement sain; il était injecté plus ou moins vivement chez les autres, et la substance corticale ne fut rose que dans un cas : tandis que cette coloration eut lieu chez six individus qui n'avaient point éprouvé de délire, ou n'en avaient eu que dans les vingt-quatre ou trente-six dernières heures de l'existence. Il est même à remarquer que le cerveau était, sous tous les rapports, dans l'état naturel, chez les deux sujets dont le délire dura, sans interruption, pendant sept jours.

On ne peut pas non plus attribuer le délire à une influence sympathique exercée sur le cerveau par une altération secondaire, comme celle de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était saine dans trois des cas dont il s'agit; ni à une lésion analogue de celle de l'un ou de l'autre intestin, par la même raison. Ici, comme dans l'affection typhoïde, il faut en venir à l'organe, toujours, et quelquefois uniquement ou presque uniquement affecté, aux poumons, dont la phlogose donnait lieu à tant de désordres secondaires.

Mais cette action des poumons et des plaques elliptiques de l'intestin grêle, faut-il la considérer comme l'effet d'une sympathie inappréciable dans ses moyens, ou comme la suite du mouvement fébrile, dont l'inflamma-

tion de ces organes était la source ? Cette dernière supposition me semble la seule vraisemblable, vu, comme nous allons bientôt en avoir la preuve, que le délire était proportionnée à la fièvre, dans la somme des cas où il a eu lieu : et que dans la première supposition, il faudrait admettre que l'action sympathique des organes les plus différents par leur structure et par leurs fonctions, est la même ; ce qui me paraît impossible.

On me comprendrait mal, toutefois, si l'on imaginait, relativement à l'objet qui nous occupe, que je n'admets d'autre influence que celle du mouvement fébrile ; puisque, tout à l'heure encore, j'observais que le délire ou ses suites n'étaient pas entièrement les mêmes chez les individus emportés par l'affection typhoïde et chez ceux qui avaient succombé à la péripneumonie. Ce que je veux dire, et ce qui me semble évident, c'est que l'influence sympathique des organes est secondaire, et que celle de de la fièvre est la principale.

Ici d'ailleurs se présente une remarque importante, déjà indiquée, sur laquelle je crois néanmoins utile de revenir : c'est qu'il ne faut pas conclure du défaut de rapport entre les symptômes cérébraux et l'état anatomique de l'encéphale, que le cerveau n'a aucune influence sur l'issue de la maladie; car cette influence doit exister, et être considérable, puisqu'à l'apparition des symptômes cérébraux, les autres, ou cessent, ou s'amoindrissent, ou sont arrêtés dans leur développement. Qu'importe d'ailleurs, relativement aux effets, la cause du trouble de nos fonctions, quand ce trouble est considérable ? La dyspnée, si elle est extrême, peut amener la mort, quelle qu'en soit la cause, qu'on puisse ou non s'en rendre compte par l'état des organes; et il en est de même de la syncope. Il faut donc, dans

les cas où les altérations appréciables de nos organes ne rendent pas raison de la mort des malades, tenir compte, à cet effet, de l'état des fonctions, et surtout des fonctions cérébrales.

Chez les sujets morts d'*autres maladies aiguës*, dont le cerveau n'était pas le siége, six sur vingt (à peu près la même proportion que dans la péripneumonie), eurent un délire plus ou moins grave. Ce délire eut lieu au septième jour d'une péritonite mortelle au onzième, et il fut remplacé par un peu de somnolence. Je l'observai encore du cinquième au huitième jour d'une scarlatine dont la terminaison funeste arriva le vingt-neuvième seulement; au vingt-cinquième jour d'une métrite mortelle au trentième, pendant vingt-quatre heures; et, dans deux cas d'érysipèle phlegmoneux des membres inférieurs; à compter du cinquième jour, chez un des sujets qui mourut au onzième, et, dans une bonne partie du cours de la maladie, chez l'autre, qui ne succomba qu'au cinquantième.

Le cerveau était parfaitement sain dans ces deux derniers cas, les plus remarquables de ceux qui nous occupent; un peu mou, pâle et médiocrement injecté chez le sujet qui succomba à la péritonite; ferme et très sablé de sang chez celui qui mourut de variole. Ses lobes postérieurs étaient ramollis chez celui qui fut emporté par la scarlatine. En sorte que dans ces cas, comme dans ceux de péripneumonie, l'état du cerveau n'offrit rien de fixe; et comme il en fut de même des membranes muqueuses de l'estomac et de l'intestin grêle, les précédentes réflexions s'appliquent exactement aux sujets dont il s'agit.

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës, qui ont guéri.

Dix *péripneumoniques*, sur cinquante-six, eurent du délire; trois pendant vingt-quatre heures seulement, les autres pendant un espace de temps qui a varié de deux à six jours, quelquefois séparés par un intervalle de deux à trois. Il fut continu, ou à très peu de chose près, dans les cas où il dura cinq à six jours. — Il eut lieu, dès le début de l'affection, chez un sujet, le deuxième jour chez deux autres, du cinquième au quinzième chez le reste des malades. Et l'agitation fut assez considérable, chez trois d'entre eux, pour qu'on dût recourir au gilet de force.

S'il y eut de la diarrhée ou quelques symptômes gastriques dans quelques-uns de ces cas, il n'y en eut pas dans le plus grand nombre; de manière que les réflexions précédentes se trouvent encore justifiées par ces nouveaux faits.

Le délire eut lieu chez quatre des douze *varioleux* que j'ai observés; c'est-à-dire dans une proportion beaucoup plus considérable que chez les péripneumoniques, mais aussi pour un espace de temps beaucoup moindre: chez deux malades pendant la nuit seulement, les septième et huitième jours de l'affection; chez les autres pendant vingt-quatre heures, du quatrième au quinzième jour de la maladie.

J'observai encore le délire chez trois des dix-huit sujets atteints de *scarlatine*, dont j'ai recueilli l'histoire; aux cinquième, sixième et septième jour de l'affection; pendant un jour dans un cas, pendant deux ou trois dans les autres: et il fut violent chez le dernier malade qu'on fut obligé de

maintenir avec le gilet de force. — Aucun symptôme gastrique ne coïncidait avec le délire dans ces trois cas.

Il y eut de l'agitation et quelques rêvasseries chez deux des quatorze sujets atteints de *rougeole*. Aucun n'eut de délire.

En sorte que dans ces trois espèces d'affections, qui offrent entre elles plus d'un point de contact, le délire fut assez exactement proportionné au degré de la fièvre.

Des trente-huit malades qui furent atteints d'un *érysipèle à la face*, huit, ou la cinquième partie, eurent du délire. L'affection s'étendit au cuir chevelu chez six d'entre eux, et dans six autres cas où les facultés intellectuelles conservèrent toute leur intégrité. Sans nier l'influence du voisinage de la maladie sur le trouble des fonctions cérébrales, il est évident, par ce dernier fait et par ceux qui ont été rapportés jusqu'ici, qu'il avait encore une autre cause qui n'était sans doute pas la moins puissante, et qui ne peut pas différer de celle qui a été signalée. — D'ailleurs, ici, comme dans le cours des autres maladies aiguës, le délire parut à des époques variées; le premier jour de l'affection dans deux cas, du quatrième au sixième dans les autres. — Il cessa après vingt-quatre heures de durée et même moins, chez trois sujets; il persista de trois à quatre jours chez les autres, et au-delà chez l'un d'eux.

Huit malades, sur trente-neuf de ceux qui furent atteints d'*angine gutturale*, éprouvèrent beaucoup d'agitation pendant une ou plusieurs nuits; et l'un d'eux eut un véritable délire au huitième jour de l'affection; mais pendant la nuit seulement. — Cette rareté du délire chez les malades dont il s'agit, dépose en faveur de ce qui a été dit relativement à l'une de ses causes, la plus vraisemblable et la plus efficace, dans le cours des maladies aiguës; le mouvement fébrile

étant rarement considérable et de quelque durée, dans l'angine.

Aucun des malades (vingt) chez lesquels j'observai le *zona*, l'*erythema marginatum*, ou l'*urticaire*, n'eut de délire. Mais plusieurs de ces derniers éprouvèrent beaucoup d'agitation; symptôme qui est bien souvent l'avant-coureur du délire, et qui suppose généralement une cause moins puissante que celle qui amène ce dernier.

Il en fut de même pour les individus atteints de *rhumatisme* et de *catarrhe pulmonaire* (cent vingt-neuf), dont quelques-uns éprouvèrent beaucoup d'agitation et d'anxiété, sans trouble manifeste des facultés intellectuelles.

Des quatre-vingt-quatre malades affectés d'*entérite* proprement dite, deux eurent un peu de délire pendant la nuit, avant leur admission à l'hôpital. L'exercice des facultés intellectuelles se ralentit chez quelques autres. Mais cette lenteur, toujours proportionnée à l'affaiblissement causé par l'abondance des évacuations alvines, qu'on observe dans tous les cas de débilité, quelle qu'en soit la cause, comme dans une simple courbature, par exemple, cette lenteur mériterait à peine d'être mentionnée, si je ne m'étais fait un devoir rigoureux de citer tous les faits et surtout ceux qui concernent l'entérite, qu'on a confondue dans ces derniers temps avec ce qu'on appelle les fièvres graves; bien, comme nous le verrons en traitant du diagnostic, qu'il ne soit guère possible de citer deux affections réellement plus distinctes. Toutefois, cette absence presque complète du délire, chez un si grand nombre de sujets, dont beaucoup eurent des évacuations alvines excessives, n'a plus rien d'étonnant, si l'on se rappelle les faits qui précèdent; puisque le mouvement fébrile fut aussi peu marqué dans l'entérite, qu'il est con-

sidérable dans la plupart des maladies aiguës dans lesquelles le délire est plus ou moins fréquent.

Huit des soixante-treize sujets atteints de la *colique des peintres* eurent beaucoup d'anxiété, ou une extrême agitation pendant la nuit; quatre, un délire violent qui dura de six à dix-huit jours, et débuta le quatrième de l'affection, chez deux malades. Un mouvement fébrile assez remarquable eut lieu chez l'un des quatre sujets qui eurent du délire; il fut beaucoup moins prononcé chez les autres. Et si l'on peut rattacher le délire à la fièvre, chez le premier, cela n'est guère possible chez les derniers; en sorte que ces faits semblent, au premier abord, en contradiction avec ce que j'ai dit jusqu'ici. Mais cette contradiction est plus apparente que réelle, vu qu'il n'y a sans doute qu'une bien faible distance entre l'extrême anxiété due à la douleur, et le délire; et que, d'ailleurs, il existe ici une cause spécifique, qui agit souvent et incontestablement sur le cerveau, et dont il faut, de toute nécessité, tenir compte (1).

Il résulte des faits consignés dans ce paragraphe, que le délire, comme les autres symptômes secondaires qui se sont développés dans le cours de l'affection typhoïde, ou dans celui des autres maladies aiguës soumises à mon observation, a débuté bien rarement le premier jour de l'affection, ordinairement du septième au dixième; que l'état du cerveau ne peut, dans l'état actuel de la science, en rendre compte chez les sujets qui ont succombé; qu'il est également impossible de l'attribuer à des lésions secondaires, à celles de la muqueuse gastro-intestinale, par exemple, qui lui étaient évidemment postérieures dans plus d'un

(1) *Mémoires ou Recherches sur plusieurs maladies. Mémoire sur les morts subites*, p. 488.

cas; que sa fréquence, sa violence et sa durée ont été en rapport avec le mouvement fébrile, quelque fût l'organe primitivement affecté; que c'est à ce mouvement fébrile observé dans le cours d'une affection aiguë, ordinairement inflammatoire, plutôt qu'à une action sympathique de l'organe malade, encore que cette action n'y soit certainement pas étrangère, qu'il convient de l'attribuer; puisque c'est la seule circonstance commune aux sujets dont il s'agit, et qu'on ne peut recourir à des causes différentes pour l'intelligence d'un phénomène plus ou moins exactement toujours le même.

Encore une réflexion qui trouve naturellement sa place ici. Si le trouble le plus profond des facultés cérébrales a lieu dans un grand nombre de cas, sans que le cerveau présente de lésion appréciable, il doit en être de même de beaucoup d'autres fonctions et d'autres organes; et loin de s'étonner que la membrane muqueuse de l'estomac soit assez souvent saine chez des sujets qui ont éprouvé des symptômes gastriques, on ne doit voir dans ce fait que la confirmation d'une loi générale, que l'analogie aurait pu faire *conjecturer* avant d'en avoir la preuve matérielle. Je ne dis pas *admettre*, car l'analogie n'est pas un moyen de prouver; elle peut mettre sur la voie de la vérité, elle ne peut rien au-delà.

§ 4.

Des spasmes.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Ce symptôme se présentait sous deux formes principales: la raideur et une alternative de contraction et de relâchement des muscles. Je l'ai observé dans seize cas, ou chez

la troisième partie des sujets; le plus ordinairement un assez grand nombre de jours avant le terme fatal, quatre fois seulement la veille ou l'avant-veille de la mort; chez deux des dix-sept malades emportés du huitième au vingtième jour de la maladie, chez la moitié de ceux qui sont morts plus tard.

Ces spasmes avaient leur siége dans les muscles des membres supérieurs, du cou, des lèvres, des autres parties de la face et dans le diaphragme, de la manière suivante.

Les membres supérieurs furent dans un état de contraction permanente chez quatre sujets, pendant un, trois, cinq et quinze jours avant le terme fatal; au moins les trouvai-je dans cet état tous les jours, au moment où j'observais les malades (obs. 5, 14, 39, 46) : et à cette raideur se joignait celle du cou chez l'un d'eux (obs. 46). Au lieu d'une contraction permanente, c'était des mouvements spasmodiques des bras chez trois sujets, soit au milieu de l'affection, trois jours de suite (obs. 34, 35); soit les deux derniers jours de l'existence (obs. 23). Chez quatre malades, j'observai de simples soubresauts des tendons, pendant un intervalle de temps qui a varié de deux à cinq jours, au milieu de la maladie, ou un peu au-delà (obs. 3, 4, 17, 29). — Des spasmes eurent lieu dans les muscles des lèvres et des autres parties de la face, chez trois sujets; peu de temps avant la mort, chez l'un d'eux (obs. 7); cinq ou six jours seulement après le début, et pendant un espace de temps assez considérable, chez les autres (obs. 28, 36). — Deux malades eurent le hoquet plusieurs jours avant le terme fatal; et les muscles du cou étaient, en outre, spasmodiquement contractés chez l'un d'eux (obs. 15, 30).

Le cerveau n'offrait d'ailleurs aucune différence appréciable chez les sujets qui eurent des spasmes et chez ceux

qui n'en eurent pas ; ce qui n'a rien d'étonnant après ce que nous avons vu d'analogue relativement au délire.

Les deux observations suivantes, qui réunissent plus d'un genre d'intérêt, nous fourniront l'exemple des principaux aspects sous lesquels se présente le symptôme dont il s'agit.

XXXVe OBSERVATION.

Coliques, diminution de l'appétit, sensibilité au froid, frissons, chaleur, anorexie complète au septième jour, et bientôt selles nombreuses, météorisme, assoupissement, délire, mouvements spasmodiques; dans les derniers jours, érysipèle, phlegmoneux, eschare au sacrum ; mort au *trentième jour*. — Substance médullaire du cerveau très injectée, la corticale rose ; plaques elliptiques de l'iléum, rouges, ulcérées ou non ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes, rouges, ou bleuâtres, volumineuses et très ramollies, etc., etc.

Un maçon, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, à Paris depuis cinq semaines, ayant eu presque constamment de la diarrhée depuis cette époque, accusait huit jours de maladie, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le premier mai 1824 ; ayant eu néanmoins, dans la semaine qui avait précédé, des maux de tête et des coliques par intervalles, beaucoup de sensibilité au froid, un appétit très inégal et ordinairement déprimé. Au début : frissons, bientôt suivis de chaleur, anorexie complète, constipation ; la chaleur et l'anorexie persistèrent, les frissons ne se renouvelèrent pas, et, au cinquième jour, la constipation fit place à la diarrhée. D'ailleurs, ni nausées, ni douleurs de ventre, ni soif.

Le 1er mai : figure jaunâtre, physionomie sévère et maussade, céphalalgie, hésitation dans l'exercice de la parole, comme depuis quatre jours ; mouvements spasmodiques

des membres supérieurs très fréquents; le malade ignore où il est, dit n'avoir pas toujours eu sa tête, et, après quelques paroles raisonnables, répond à autre chose qu'à ce qu'on lui demande : la langue est humide, rouge au pourtour, blanchâtre au centre; la soif nulle; de légères douleurs ont lieu au-dessus du nombril; il existe du météorisme, des selles nombreuses, involontaires depuis deux jours : la chaleur est médiocre, le pouls à quatre-vingts, sans caractère particulier ; la respiration peu accélérée ; on entend un râle sec et sonore, universel, nombreux. (*Orge éd.* ; *lav. lin* bis. ; *bain.*)

Le sujet fut très calme au bain, où il resta une heure ; mais à midi l'agitation survint et obligea de recourir au gilet de force. Le 2 : paroles sans suite, rire sardonique, mouvements spasmodiques des bras aussi fréquents que la veille, pouls faible, à quatre-vingt-cinq ; le malade refuse ses tisanes et demande du vin ; le météorisme et les selles involontaires continuent. (*Bain ; 2 kilogr. de gl. sur la tête, dans le bain ; sinap.*)

Le délire persista, il y eut de l'agitation le jour et de l'assoupissement durant la nuit. Le 3 : somnolence, affaissement des traits, mouvements spasmodiques universels, hypogastre très sensible à la pression, persistance du météorisme et des autres symptômes. (*Orge éd. ; infus. kk. id. ; pot. av. vin et sirop de kk.* 60 *grammes, et extrait de kk.* 4 *grammes ; foment. arom. ; sinap.*)

L'assoupissement fut continuel, le malade ne prit que la moitié de sa potion, et fut débarrassé de bonne heure du gilet de force. Le 4 : stupeur extrême, mouvements spasmodiques des lèvres; ceux des membres supérieurs sont moins prononcés que la veille; les paupières sont presque constamment fermées, la langue est imparfaitement tirée,

comme rôtie; les lèvres sont encroûtées, le pouls peu accéléré. (Id., *et en outre un gramme de musc dans la potion.*)

Le 5 : dernier degré de stupeur, assoupissement difficile à vaincre, mouvements spasmodiques nuls, météorisme peu considérable, plusieurs selles involontaires, pouls à quatre-vingts; toux rare, un peu de râle muqueux sur les côtés de la poitrine. (*Même potion avec extrait de kk.*)

Du 5 au 10, la stupeur et l'assoupissement continuèrent; il y eut un peu de délire, de l'agitation pendant la nuit, et quelques mouvements spasmodiques; la langue fut parfois un peu humide et rouge antérieurement, les selles toujours involontaires, plus ou moins fréquentes, et les matières fécales ordinairement mêlées de quelques vers. Le 8, le ventre était plat, le pouls régulier, à cent quatre. Il n'y eut pas de taches lenticulaires à la poitrine ou à l'abdomen. — La potion tonique fut discontinuée du 8 au 10.

Le 10 : même stupeur, mouvements spasmodiques des bras plus marqués, presque continuels; contractions spasmodiques des grands pectoraux très sensibles; selles un peu moins nombreuses, eschare au sacrum. (*Pot. gom. av. sulf. de k. et musc. aa. 2 grammes; lav. foment. arom. kk. camph.*)

Il y eut dans la journée des alternatives d'assoupissement et de délire, et depuis lors jusqu'au 17, jour de la mort, voici ce que j'observai. L'assoupissement persista, quelquefois interrompu par le délire; le 15, on entendit le malade s'écrier : Ah! mon Dieu! Le 16, c'était des grognements continuels. Il y eut de fréquents mouvements spasmodiques dans les épaules, du 12 au 16; l'eschare au sacrum était tombée le 15. — Le 14, un érysipèle œdémateux se manifesta à l'avant-bras droit, et ne parut pas faire beaucoup de progrès les jours suivants. — Les selles furent

rares du 10 au 12, moulées le 13, peu fréquentes et involontaires dans la suite. Le ventre souple et indolent, non météorisé, le 13, l'était à un degré remarquable le 17. — La chaleur fut toujours élevée.

On supprima la potion tonique le 12, et trois jours de suite on ordonna un bain, pendant lequel on appliquait de la glace sur la tête du malade, qui mourut peu après la visite du 17.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement médiocre, point de vergetures antérieurement ou sur les côtés du corps.— Avant-bras droit volumineux et rouge, comme pendant la vie, dans ses deux tiers supérieurs; endurcissement et épaississement de la peau, dans la même étendue; et, au-dessous, matière puriforme nuancée de rose, d'une bonne consistance, traversée par un plus ou moins grand nombre de filaments de tissu cellulaire. Même matière entre les couches superficielle et profonde des muscles correspondants, qu n'offraient, d'ailleurs, pour toute altération, que quelquesi ecchymoses à leur périphérie.

Tête. Infiltration sous-arachnoïdienne peu considérable. Substance corticale d'un rose tendre; la médullaire très sablée de sang, avec un léger coup d'œil lilas : l'une et l'autre d'une bonne consistance. Environ une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Cervelet dans l'état naturel (1).

Cou. Le pharynx, l'épiglotte et le larynx n'offraient rien de remarquable, et la trachée-artère était seulement un peu rouge.

(1) Ce sujet ayant été abandonné aux dissections pour les muscles du dos, je n'ai pu ouvrir le rachis.

Poitrine. Il y avait deux cuillerées de sérosité dans le péricarde; le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains. — Le poumon gauche, libre, mou, et généralement rose, offrait de larges plaques d'un rouge noirâtre, plus ou moins épaisses, dures, sans air, à sa partie postérieure; les unes grenues, les autres non. Celles-ci, comme splénisées, donnaient, par expression, une médiocre quantité de sang noirâtre, sans air. Le poumon droit présentait quelques adhérences, était plus lourd que le gauche, dans sa partie inférieure où se trouvaient des plaques noirâtres plus grandes et plus épaisses que dans ce dernier. Il était engoué dans le reste de son étendue. — Les bronches étaient minces et rouges et contenaient un peu de mucus de même couleur.

Abdomen. L'œsophage était sain, coloré en rose inférieurement. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait une petite quantité de bile. Sa membrane muqueuse était d'un jaune-clair dans le grand cul-de-sac, grisâtre ailleurs le long de la grande courbure surtout; tapissée, dans toute son étendue, le grand cul-de-sac excepté, par une couchée paisse d'un mucus visqueux, difficile à en détacher après deux heures de macération: elle avait une épaisseur convenable, et un peu plus de consistance que d'ordinaire, dans le grand cul-de-sac où elle fournissait, par traction, des lambeaux de 10 millimètres, comme le long de la grande courbure. — L'intestin grêle contenait une grande quantité de bile mêlée de mucus. Sa membrane interne était généralement grisâtre, mince, d'une bonne consistance; toutes les plaques elliptiques de l'ileum étaient plus ou moins rouges et saillantes, et leur rougeur et leur saillie augmentaient à mesure qu'on s'approchait du cœcum, près duquel cinq d'entre elles étaient ulcérées. Elles formaient, dans les 13

derniers décimètres, une saillie de plus de 2 millimètres, principalement due à la muqueuse qui concourait à leur formation, laquelle avait plus d'un millimètre d'épaisseur, était ramollie, de manière à ne pouvoir être enlevée par traction. Au-delà, en approchant du jéjunum, l'épaississement et le ramollissement étaient moindres. Le tissu cellulaire correspondant avait une épaisseur et une coloration proportionnées à celles de la muqueuse; il était à découvert ou en partie détruit sur les plaques ulcérées.— Le gros intestin était doublé de volume dans la première moitié de sa longueur, où se trouvait une assez grande quantité de matière jaunâtre, pultacée. Sa membrane muqueuse était ramollie, un peu épaissie et rougeâtre dans le cœcum et dans le colon droit; puis successivement moins épaisse, moins molle et d'une couleur naturelle. Elle offrait, dans sa portion la plus ramollie, vingt ulcérations de 15 à 30 millimètres de surface, et presque autant de tumeurs aplaties, moins larges encore, principalement dues à l'épaississement du tissu cellulaire, rouge, homogène, et ferme dans ce point. Trois de ces tumeurs étaient légèrement ulcérées. — Les glandes du mésentère correspondantes à l'iléum, et celles de mésocolon, étaient d'un rouge peu foncé, ou grisâtres et bleuâtres, volumineuses et très ramollies. Les mésentériques avaient la grosseur d'une noisette ou d'une aveline. — Le foie était sain, la bile de la vésicule roussâtre et verdâtre, très liquide. — La rate et les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

Bien que la diarrhée ait été considérable, cependant les symptômes cérébraux, le délire, l'assoupissement, les mouvements spasmodiques des membres, étaient dominants, et ils donnent à l'affection du sujet quelque chose de la

forme des fièvres dites *ataxiques*. Après avoir eu, pendant huit jours, des malaises, de la sensibilité au froid, et moins d'appétit qu'à l'ordinaire, sans se croire malade, le sujet éprouve un frisson violent, des maux de tête, de la constipation; l'anorexie est complète, et bientôt la diarrhée survient; au quinzième jour, ou au milieu du cours de l'affection, les facultés intellectuelles sont plus ou moins profondément altérées, il y a de la somnolence, des mouvements spasmodiques presque continuels dans les membres : ces spasmes persistent au même degré plusieurs jours de suite, puis offrent quelques rémissions, deviennent considérables six jours avant la mort, atteignent les grands pectoraux, les muscles des lèvres et de la mâchoire inférieure; cette augmentation des spasmes paraît précéder de quelques jours le développement d'un érysipèle phlegmoneux : et, à l'ouverture du cadavre, on trouve la substance corticale du cerveau universellement rose, la médullaire très injectée, d'un blanc-lilas; les plaques elliptiques de l'iléum plus ou moins profondément altérées, la membrane muqueuse du colon très ramollie et ulcérée dans sa première moitié; une large ulcération au sacrum, et une assez grande quantité de pus dans le tissu cellulaire superficiel et profond du bras et de l'avant-bras du côté droit. C'est-à-dire que, malgré la forme ataxique de la maladie, sa marche fut la même que dans les cas les plus ordinaires, dans ceux où les symptômes cérébraux sont légers; les lésions les plus profondes, et en apparence les plus anciennes, ayant eu lieu dans l'iléum et près du cœcum. En sorte que la variété, le nombre et le degré des symptômes cérébraux peuvent, comme nous l'avons déjà vu, donner à l'affection une forme différente de la plus habituelle, sans que son caractère fondamental, l'altération des plaques de l'intestin grêle, cesse d'être le même.

D'ailleurs, on se demandera peut-être encore, malgré les faits rapportés plus haut, si les symptômes cérébraux ne seraient pas liés aux lésions appréciables du cerveau, à la teinte rose de la substance corticale, et à cette nuance lilas, extrêmement faible, de la substance médullaire, qui a été observée. Je ne puis répéter à ce sujet que ce que j'ai dit plus haut, que la couleur rose de la substance corticale a également lieu dans les cas où les malades ont éprouvé des symptômes cérébraux plus ou moins intenses, et dans ceux où les facultés de l'intelligence n'ont pas été troublées; chez les sujets qui ont succombé à l'affection typhoïde et chez ceux qui ont été emportés par d'autres maladies aiguës; qu'elle se développe très probablement dans les derniers jours de l'existence; qu'il est par conséquent impossible de lui rapporter les symptômes dont il s'agit. Quant à la couleur blanche un peu lilas de la substance médullaire, c'est le seul cas de cette espèce qui se soit offert à mon observation; et comment risquer l'interprétation d'un fait unique?

L'étendue, la profondeur, et surtout la rapidité de la marche de l'érysipèle, méritent d'être remarquées; cette marche rapide ayant lieu dans nombre d'affections qui se développent dans les derniers jours des maladies aiguës. La permanence de la couleur rouge de la peau doit aussi être signalée, comme un des faits nombreux qui prouvent que la rougeur réellement inflammatoire ne disparaît pas complétement, à beaucoup près, après la mort. — Enfin, je rappellerai à l'attention de ceux qui s'exagèrent l'effet des médicaments, et surtout des toniques, que la membrane muqueuse de l'estomac était presque dans l'état naturel, malgré les excitants et les toniques forts qui avaient été administrés.

XXXVIe OBSERVATION.

Douleurs dans les membres et dans les lombes pendant huit jours ; au huitième, céphalalgie, éblouissements, picotements aux yeux, bourdonnements, nausées, douleurs à l'épigastre et à l'ombilic ; puis soubresauts dans les tendons, mouvements spasmodiques dans les poignets, bientôt étendus aux muscles de la face, contraction permanente des bras, somnolence, délire, diarrhée, météorisme ; mort au *vingtième jour*. — Substance corticale du cerveau et du cervelet, des corps striés et des corps rhomboïdaux, d'un rose violet ; plaques elliptiques de l'iléum grisâtres et bleuâtres, ulcérées ou non ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes de même couleur, avec quelques foyers de pus ; muqueuse gastrique ramollie et amincie, etc.

Un cordonnier, âgé de vingt-deux ans, d'une taille moyenne, de peu d'embonpoint, fut admis à l'hôpital de la Charité le 2 août 1824. Sujet aux maux de tête et au catarrhe pulmonaire depuis l'enfance, il avait eu, à l'âge de quinze ans, une jaunisse, et, à dix-sept, une péripneumonie. Il ne faisait d'excès en aucun genre, et était à Paris depuis un mois. Sa maladie avait été précédée, pendant huit jours, de douleurs dans les membres et dans les lombes, avait débuté, au milieu de la nuit, par une céphalalgie assez intense, des picotements aux yeux, des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements, la chaleur, la soif, des nausées, des douleurs à l'épigastre, à l'ombilic et dans d'autres parties du ventre. Ces symptômes avaient continué, il y avait eu des sueurs chaque nuit ; mais de frissons, aucun. — Quand le malade fut admis à l'hôpital, le quatrième jour de l'affection, on ne lui avait ordonné aucune espèce de médicament ; il s'était tenu à une diète sévère, avait pris du thé pour boisson.

Le 3, commencement du cinquième jour : figure un peu rouge et dépourvue d'expression, yeux larmoyants, rou-

geâtres et un peu douloureux ; somnolence par intervalles, réponses justes, parfois signes d'impatience, nulles douleurs dans les membres, soubresauts fréquents des tendons, mouvements spasmodiques très sensibles aux poignets ; langue rouge et humide à la pointe, blanchâtre et moins humide au-delà ; soif assez vive, anorexie, point de nausées depuis deux jours ; douleurs à l'ombilic, moindres à l'épigastre, augmentées par la pression, une selle liquide (constipation jusque-là) : injection médiocre des téguments, chaleur élevée, pouls à quatre-vingt-quinze, sans largeur : respiration médiocrement accélérée. (*Saignée de* 360 *grammes; petit-lait; orge oxym.* bis.)

Le sang se prit en un caillot sans couenne et presque sans retrait ; il y eut quatre selles liquides dans la journée. Le lendemain 4 : stupeur légère, céphalalgie gravative, yeux larmoyants, mais sans douleurs ; mêmes mouvements spasmodiques du poignet que la veille ; langue sèche, lisse et sans rougeur ; sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite ; chaleur forte, pouls à cent, peau un peu violacée ; ni sudamina, ni taches roses lenticulaires.

Le 5 : nulle céphalalgie, figure béate, agitation presque continuelle de la tête, en arrière et en avant ; somnolence, abolition presque complète de la mémoire ; langue imparfaitement tirée, humide antérieurement, un peu rouge en arrière ; léger météorisme ; deux taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen ; chaleur forte, pouls un peu vacillant, à quatre-vingt-quinze.

Il y eut des selles involontaires dans la journée, et un délire non interrompu pendant la nuit ; le 6, ce délire persistait, les réponses du malade n'étaient pas en rapport avec les questions que je lui adressais, ses yeux étaient larmoyants, le gauche rouge, la tête agitée comme la veille, les

sourcils ordinairement froncés, les paupières souvent closes, l'hypogastre sensible à la pression. (*Petit-lait ; limon.* ter. ; *lav. émoll. ; vésic. aux jamb.*).

Le délire continua, et le malade fut attaché toute la nuit. Le 7 au matin : cris presque continuels, intelligence nulle, mouvements spasmodiques des paupières et des lèvres, figure assez animée, œil gauche moins rouge que le 6 ; langue humide et un peu rose, ventre très météorisé, selles involontaires (quelques vers lombrics) : pouls peu accéléré, régulier. (*Huit sangs. à chaq. oreille ; oxicrat froid sur la tête préalablement rasée.*)

Les cris redoublèrent quand on appliqua des compresses froides sur la tête, et le jour et la nuit le malade ne cessa de parler, de crier ou de chanter. Le 8 : même délire, contraction spasmodique des lèvres, langue sèche, ventre peu développé, selles fréquentes ; pouls à quatre-vingt-dix, chaleur moyenne. (*Limon.* ter. ; *lav. em.* ; *sinap.*).

Jusqu'au lendemain, alternative d'assoupissement et de cris. Le 9 : somnolence difficile à vaincre, rougeur érysipélateuse au bas des jambes. (*Limon.* ; *infus. de kk. acid. ; pot. gom. av. ext. de kk.* 2 grammes.)

Du 10 au 20, jour de la mort, le délire fut presque continuel, souvent accompagné de cris et de vociférations ; il y eut de l'assoupissement dans leur intervalle, et rarement un peu de calme, si ce n'est dans les bains qui furent journellement administrés du 11 au 17, pendant un espace de temps qui variait d'une à trois heures. Le malade parut même recouvrer l'usage de l'intelligence le 12, pendant qu'il était au bain, se plaignant que l'eau était froide. Ses cris ne diminuèrent que dans les derniers jours de la vie.— Ses bras offraient des mouvements spasmodiques très marqués le 11 ; et, du 18 au 20, ces mouvements, beaucoup plus

rares, interrompaient de loin en loin une raideur presque constante des mêmes parties, qu'on ne pouvait chercher à vaincre sans faire crier le malade. Le 12, il assurait avoir la sensation d'un froid universel, plus considérable aux pieds qu'ailleurs; ajoutant que c'était inconcevable dans une saison chaude. Le 15, il y avait, sous l'épiderme du coude-pied gauche, une matière purulente assez épaisse. L'œil gauche, qui n'était plus rouge le 12, le redevint le 14, et l'était encore le 17, comme celui du côté droit. — La langue; humide et naturelle le 10, fut sèche ensuite, la soif toujours vive, et le malade ne prenait que la moitié de son infusion amère. Il n'y eut ni nausées ni vomissements; les selles furent toujours involontaires, médiocrement fréquentes, dépourvues de glaires et de sang; l'abdomen plat, insensible à la plus forte pression, offrant beaucoup de taches roses, lenticulaires le 11, et de nombreux sudamina le 15. — La chaleur fut toujours considérable; elle était halitueuse le 15, et la figure couverte de grosses gouttes de sueur le 18. Le pouls, qui était à quatre-vingt-neuf le 11, fut à cent dix après le 13; et la toux, qui débuta avec le délire, fut légère. Le bruit respiratoire était naturel le 16.

Le malade mourut à cinq heures du soir, ayant eu, dans la matinée du même jour, les bras raides, demi-fléchis et inflexibles, la mâchoire inférieure et les épaules agitées de mouvements spasmodiques, le pouls tremblotant.

La limonade, l'infusion et la potion amère, furent continuées, et la dose d'extrait de quinquina augmentée successivement, de manière que le malade en prenait 12 grammes, avec 1 gramme d'éther, le 16. On prescrivit, en outre, des frictions avec 8 grammes d'onguent mercuriel, le 18.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement médiocre ; glandes inguinales volumineuses et d'un rouge violet, de chaque côté : muscles d'une couleur et d'une consistance convenables.

Tête. Quelques granulations nées de l'arachnoïde, dans la région occipitale, près de la faux, là ou les deux feuillets de la membrane adhéraient entre eux, dans la superficie de 600 millimètres environ. Nulle infiltration sous-arachnoïdienne; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Pie-mère un peu plus ferme qu'à l'ordinaire; substance corticale d'un rose bleuâtre, bien prononcé; celle du cervelet, les corps striés et les corps rhomboïdaux, avaient la même couleur, sans être ramollis.

Cou. Pharynx, amygdales, épiglotte et larynx, dans l'état naturel; trachée-artère d'un rouge cramoisi; sa membrane muqueuse d'ailleurs saine.

Poitrine. Cœur pâle et un peu mou. Aorte rouge à sa naissance, n'offrant, au-delà, que quelques taches de même couleur.— Adhérences celluleuses, partielles, entre les poumons et les plèvres; un kilogramme de sérosité rouge, un peu trouble, dans celle du côté gauche; un peu moins à droite. Lobe inférieur gauche lourd, d'un rouge noirâtre à l'extérieur et à l'intérieur, dans la plus grande partie de sa masse, ne contenant un peu d'air qu'antérieurement ; ferme, non hépatisé ailleurs, où l'on ne reconnaissait plus, au milieu d'un tissu homogène, que les vaisseaux d'un certain calibre qui contenaient une médiocre quantité de sang. Même état, moins prononcé et moins général, du lobe droit correspondant.

Abdomen. Les intestins, le gros surtout, étaient distendus

par des gaz. — L'œsophage offrait, à sa partie inférieure, une ulcération de 22 millimètres de haut sur 11 de large, due à la destruction de la membrane muqueuse seule. — L'estomac avait un volume médiocre, contenait une petite quantité de liquide trouble et grisâtre, offrait, intérieurement, deux nuances principales : l'une rougeâtre, comme aérolaire, occupant la moitié du grand cul-de-sac; l'autre grisâtre et bleuâtre, successivement moins prononcée en approchant du pylore, un peu avant lequel elle finissait. On voyait, dans sa grosse extrémité, six bandes blanchâtres et bleuâtres, de 110 à 140 millimètres de haut, sur 9 à 11 de large : la membrane muqueuse était détruite, ou très mince et ramollie dans les points correspondants, et elle devenait progressivement plus épaisse et plus consistante, à mesure qu'on l'examinait dans un point plus rapproché des parties saines. A cet amincissement par bandes, s'en joignait un autre sous forme d'une plaque irrégulièrement arrondie, de 15 centimètres de surface, dans le grand cul-de-sac. La muqueuse avait, dans l'intervalle de ces lésions, une épaisseur et une consistance assez convenables, était mamelonnée près du grand cul-de-sac, et couverte d'une couche épaisse de mucus là où elle était grisâtre. — L'intestin grêle contenait un assez grande quantité de bile d'un jaune foncé, tendant au brun. Sa membrane muqueuse était très ramollie dans la longueur d'un mètre, près du cœcum, d'une bonne consistance ailleurs. Il y avait, dans toute l'étendue de l'iléum, un grand nombre de plaques elliptiques grisâtres et bleuâtres, peu saillantes, ulcérées dans le mètre voisin de la valvule iléo-cœcale. Quelques-unes d'entre elles offraient quatre à cinq petites ulcérations, les autres une seule, et alors cette ulcération était considérable, comprenait la presque totalité de la plaque. Toutes présentaient la membrane

musculaire à nu, légèrement épaissie et rouge : leurs bords étaient affaissés dans toute ou seulement dans une partie de leur étendue ; et le tissu cellulaire de la plaque, qu'elle fût ou non ulcérée, en avait la couleur, était épaissi, et fournissait un peu de sang quand on y pratiquait des incisions. L'intestin grêle offrait encore, contre la valvule iléo-cœcale, dans la longueur de 80 millimètres et dans presque toute sa circonférence, une couleur grise et bleuâtre, plusieurs petites ulcérations, les unes profondes, les autres superficielles; et le tissu cellulaire sous-muqueux de cette portion de l'organe était plus épais et plus rempli de sang que celui des plaques elliptiques. — Le gros intestin contenait une médiocre quantité de matières fécales, pultacées dans la plus grande partie de sa longueur, moulées dans le rectum; et, à part trois petites ulcérations de 5 millimètres de diamètre, dans le cœcum, qui offraient la tunique musculaire à nu, sa membrane muqueuse était dans l'état naturel. — Deux glandes mésentériques, placées près du cœcum, avaient la grosseur d'une aveline, contenaient quelques petits foyers de pus; les autres étaient bleuâtres et médiocrement augmentées de volume. Les glandes mésocolites et gastro-épiploïques avaient la même couleur, et ces dernières un volume assez considérable. — Le foie était pâle et mollasse; la vésicule biliaire saine, et elle contenait un liquide trouble et grisâtre. — La rate était triplée de volume, bleuâtre et noirâtre, à l'intérieur surtout, et d'une bonne consistance. — La substance corticale des reins avait une couleur rouge-foncé. — Le reste était sain.

Cette observation est, comme on voit, tout aussi intéressante que la précédente; à peu près aux mêmes titres, et, plus qu'elle encore, elle rappelle la *fièvre ataxique*; car la

diarrhée fut peu considérable, et les symptômes nerveux furent aussi variés que graves. En effet, après huit jours de douleurs dans les membres, le sujet éprouve des nausées, des douleurs à l'épigastre et dans le reste du ventre, des bourdonnements d'oreilles, des picotements aux yeux, des étourdissements; les nausées disparaissent au troisième jour de leur début, et, au cinquième, on observe de la somnolence, des soubresauts dans les tendons, des mouvements spasmodiques des poignets; le lendemain la mémoire est presque abolie, l'assoupissement plus profond, les spasmes continuent, puis le délire se joint à ces symptômes qui persistent, à divers degrés, jusqu'à la mort; et on observe successivement le froncement des sourcils, la contraction spasmodique des lèvres, la raideur des bras, l'agitation de la mâchoire inférieure. Quelques jours avant le terme fatal, le malade se plaint d'une sensation insolite de froid, malgré la chaleur de la peau; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve la substance corticale du cerveau et du cervelet, et tout ce qui dans l'un et dans l'autre est formé de matière grise, d'un rose-violet plus ou moins foncé; la membrane muqueuse de l'estomac mamelonnée, ramollie, amincie ou détruite, et des ulcérations à bords affaissés dans l'intestin grêle. C'est-à-dire que, malgré une forme assez éloignée de la plus ordinaire, la lésion fondamentale, l'altération des plaques elliptiques de l'iléum, était la même que dans tous les cas précédemment exposés. — J'observerai d'ailleurs, relativement à ces plaques, qu'elles étaient bleuâtres, que les ulcérations étaient affaissées à leur pourtour, qu'elles offraient par conséquent le caractère de celles qui sont en voie de guérison, dont l'état pathologique rétrograde; qu'il devient, par cela même, extrêmement probable, que le début de la maladie était le même que celui des douleurs dans les mem-

bres, et qu'il a précédé de huit jours le développement des phénomènes fébriles et des symptômes gastriques.

La couleur rose-violet des parties formées par la substance grise était-elle liée au trouble des fonctions cérébrales? Les réflexions faites à cet égard, à la suite de l'observation précédente, étant appliquables à celle-ci, je n'y reviendrai pas; et je me bornerai à rappeler que le sujet qui nous occupe est le seul, parmi ceux qui ont succombé à l'affection typhoïde, chez lequel j'ai trouvé la substance grise de la masse encéphalique aussi universellement violacée; qu'un cas semblable s'est rencontré parmi les individus morts d'autres maladies aiguës et qui n'avaient point éprouvé de symptômes spasmodiques; que c'est une raison de ne pas hasarder ici une explication, et surtout de répondre affirmativement à la question proposée.

Il n'est pas possible, d'ailleurs, d'attribuer à l'état de l'estomac une part dans les mouvements spasmodiques; car le ramollissement et l'amincissement de la muqueuse gastrique, qui se développent peut-être après la mort, ont lieu, comme nous avons vu, dans le cours d'un grand nombre de maladies aiguës; et l'affection typhoïde est à peu près la seule où on observe le symptôme dont il s'agit.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les symptômes spasmodiques furent moins nombreux, de moins longue durée, beaucoup moins fréquents chez les sujets qui guérirent que chez ceux qui succombèrent; en sorte que je ne les ai observés que chez six des cinquante-sept dont l'affection fut plus ou moins *grave*. Ils doivent donc rendre le pronostic très fâcheux, et ils ont, sous ce rapport, plus d'importance qu'aucun autre symptôme. C'était

des soubresauts des tendons chez trois malades, des crampes chez un quatrième, des mouvements spasmodiques des lèvres et de la mâchoire inférieure chez les deux derniers. Les soubresauts eurent lieu pendant un jour dans deux cas, pendant cinq dans le troisième, aux huitième, dixième et quarantième de l'affection. Les crampes se firent sentir du sixième au dixième jour ; les spasmes de la mâchoire inférieure, aux dixième et quarantième.

Il est d'ailleurs fort remarquable qu'il n'y eut, dans aucun des cas dont il s'agit, de contraction permanente des muscles du cou et des bras; ce qui doit faire considérer ce signe comme presque absolument mortel.

Des faits semblables à ceux qui viennent d'être exposés ont été observés par M. Barth qui, sur 100 cas d'affection typhoïde, a vu les soubresauts des tendons chez sept sujets, dont six ont guéri et toujours après un espace de temps considérable ; de manière que celui dont la maladie a été la plus courte, n'a quitté l'hôpital qu'au cinquante-cinquième jour à partir du début. Le même médecin a observé la carphologie dans un cas mortel au vingt-sixième jour; la contracture des membres supérieurs chez deux sujets dont un a succombé, tandis que l'autre, le plus jeune, âgé de 27 ans, guérit, mais seulement après quatre-vingt-dix-sept jours de maladie. Un dernier, qui a aussi guéri, eut une immobilité cataleptiforme.

Les symptômes qui sont l'objet spécial de ce paragraphe existent aussi dans l'*enfance*, et le pronostic à en tirer serait à peu près aussi grave à cette époque de la vie que dans un âge plus avancé, d'après les faits recueillis par M. Rilliet. Ce médecin a, en effet, observé la carphologie

chez quatre sujets, dont trois ont succombé ; des mouvements choréiques dans les quinze derniers jours de la maladie, chez un malade qui fut emporté au trente-septième ; des soubresauts de tendons dans deux cas, dont un relatif à un jeune sujet qui eut de la raideur au tronc et mourut : enfin, M. Rilliet a observé cette raideur dans trois cas dont la terminaison a été funeste. J'ajoute que les nouveaux faits recueillis par lui, dans les six premiers mois de cette année, confirment ceux-ci, et ne changent pas sensiblement la proportion des diverses espèces de spasmes que je viens d'exposer. Mais sous ce rapport, et sous le rapport du pronostic et du nombre, les résultats de l'observation de M. Taupin sont très différents, à tel point qu'on est tenté de croire que ces Messieurs n'ont pas désigné les mêmes choses par les mêmes noms. En effet, M. Taupin assure avoir obervé la carphologie dans *presque tous* les cas, le plus souvent bornée à des secousses dans les tendons (79 fois sur 121 sujets). Douze fois, dans des cas graves, il a vu des efforts continuels pour écarter des obstacles imaginaires; dans cinq cas il a observé une raideur marquée des membres et surtout de la colonne vertébrale; et une fille de quatorze ans qui a succombé, eut, pendant plusieurs heures, de véritables accidents cataleptiques : en sorte que, d'après M. Taupin, la carphologie n'aurait aucune importance dans le jeune âge par rapport au pronostic, puisque sur 121 sujets, parmi lesquels 21 ont succombé, 79 eurent de la carphologie.

3° *Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës.*

Parmi ces sujets, entre lesquels je ne compte pas ceux qui furent affectés de la colique des peintres, quatre seulement, sur plus de cinq cents, eurent des soubresauts dans

les tendons ou des crampes. Les soubresauts eurent lieu dans un cas de péritonite, au neuvième jour de l'affection, qui fut mortelle au onzième, et chez un péripneumonique qui entra en convalescence à la même époque. Il y eut des crampes chez deux malades affectés d'entérite.

Si la grande différence observée entre les sujets qui meurent d'affection typhoïde et ceux qui en guérissent, relativement aux spasmes, rend ce symptôme précieux pour le pronostic, son extrême rareté dans le cours des autres maladies aiguës en ferait un auxiliaire utile, sous le rapport du diagnostic, s'il venait à se développer dans le cours d'une affection grave, dont le caractère aurait été douteux jusque là. Les mouvements ou les raideurs spasmodiques forment donc, comme l'assoupissement, un des signes les plus précieux de l'affection typhoïde, en même temps qu'ils indiquent que si le trouble des fonctions cérébrales est généralement proportionné au mouvement fébrile, il reçoit des modifications importantes de l'organe primitivement affecté, peut-être aussi de la cause de la maladie, et même de l'altération primitive ou consécutive du sang.

§ 5.

De l'état des forces.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Si l'affaiblissement est un des premiers effets des maladies aiguës, il ne se montre dans aucune au même degré que dans celle dont il s'agit, et il forme, par cette raison, un de ses caractères distinctifs.

De vingt-neuf sujets chez lesquels j'ai noté avec soin les

circonstances principales de ce symptôme, dix furent obligés de quitter leurs occupations le jour du début, un autre le deuxième, quatre le troisième; et trois des premiers se mirent au lit le premir jour (obs. 15, 36, 53).

Quelle que fût l'époque à laquelle les malades avaient pris le lit ou quitté leurs occupations, l'affaissement devenait bientôt considérable; ils avaient de la peine à pourvoir à leurs besoins, ou même à faire quelques mouvements pour changer de place; ils restaient dans la même position, de manière qu'on était obligé de les en changer, pour éviter les effets de la compression. Dans cet état, ils ressemblaient véritablement à des corps inertes. Un d'entre eux, qui mourut le vingt-cinquième jour de l'affection et n'eut de délire que le dernier, se trouvait si faible, avait tant de répugnance pour toute espèce de mouvement, à compter du dix-huitième jour, qu'il ne voulait pas même consentir à ce qu'on le mît à son séant. Cette extrême prostration eut lieu au dix-septième jour de l'affection chez un autre sujet qui mourut le vingt-huitième (obs. 39). Chez deux malades emportés le huitième jour, les bras étaient comme paralysés le septième (obs. 11, 13). Une femme qui se trouvait dans ce degré de faiblesse qui simule la paralysie, et qui mourut au treizième jour de l'affection, se laissait pincer les bras le douzième, sans donner aucun signe de douleur; et elle me dit, le lendemain, qu'elle se rappelait bien avoir été pincée, que si elle n'avait pas retiré son bras, la veille, c'était faute de force.

Toutefois, bien que le plus haut degré de faiblesse accompagnât d'ordinaire l'affection typhoïde, il y eut quelques exceptions assez remarquables à cette loi. Ainsi, un sujet mort après vingt-quatre jours de maladie, et dont je vais bientôt donner l'histoire, travailla pendant les quinze pre-

miers, et put encore descendre de son lit le jour même de sa mort (obs. 37). Un de ceux qui succombèrent au huitième jour put se promener dans les quatre premiers. Un autre, qui mourut le quatorzième, vint, le dixième, à pied, à l'hôpital. Un quatrième se mettait sans aide, à son séant, quatre jours avant le terme fatal; et nous verrons, parmi les cas dans lesquels l'affection a été latente, des exemples bien plus remarquables encore du fait dont il s'agit.

La syncope, dont la cause est peut être la même, dans quelques cas que celle de la faiblesse générale, eut lieu au onzième jour de la maladie, chez un sujet qui ne fut emporté que le trente-cinquième (obs. 14).

Mais à quelle cause rapporter l'extrême faiblesse observée dans la majeure partie des cas d'affection typhoïde? Quand cette faiblesse ne se développait qu'à une époque éloignée du début, on pouvait, jusqu'à un certain point, s'en rendre compte par l'état des organes et le trouble prolongé des fonctions, bien qu'une prostration aussi considérable n'ait pas lieu dans les autres affections aiguës, aux derniers jours de la vie, malgré de graves lésions. Mais dans les cas où l'affaiblissement était considérable dès le début, il ne pouvait pas en être ainsi; on ne pouvait l'attribuer à la diarrhée, qui n'existait pas, ou ne faisait que commencer; ni aux douleurs de ventre, toujours peu considérables; ni à la céphalalgie, ordinairement obtuse, et dont le plus haut degré ne produit pas, dans les autres affections, l'affaiblissement dont il s'agit; ni à une lésion appréciable du cerveau, par les raisons précédemment indiquées; ni à l'état de la membrane muqueuse de l'estomac, qui était saine dans plusieurs cas où la prostration était extrême, et dont l'altération ne commençait d'ailleurs qu'à une époque plus ou moins éloignée du début. Il fallait

nécessairement alors recourir, pour expliquer cette faiblesse, à la lésion spéciale commençante de l'intestin grêle, agissant sympatiquement sur le cerveau; ou bien encore à la cause, quelle qu'elle soit, qui avait amené le développement de cette lésion.

Je ne parle pas du ramollissement du cœur, du foie et de la rate, vu que cette altération n'a lieu qu'à une époque plus ou moins éloignée du début, qu'elle est, comme le ramollissement simple de la membrane muqueuse de l'estomac, très fréquente dans le cours des autres maladies aiguës, que la nature et le début de son développement sont également indéterminés. D'ailleurs, chez douze sujets morts du huitième au vingt-huitième jour de l'affection, qui avaient le foie et le cœur sains, la rate médiocrement ramollie et doublée de volume environ, la faiblesse fut médiocre ou considérable, dans un égal nombre de cas.

Passons maintenant à l'histoire du malade dont la faiblesse s'est développée tardivement.

XXXVIIe OBSERVATION.

Diminution de l'appétit, selles rares, douleurs dans les membres, quelques frissons dans les premiers jours; puis selles fréquentes, douleurs de ventre, anorexie complète; faiblesse considérable dans la dernière semaine, léger délire; mort au *vingt-quatrième jour*. — Plaques de l'iléum rouges, ramollies, ulcérées et non-ulcérées; glandes mésentériques correspondantes rouges, volumineuses, très ramollies, etc.

Un limonadier, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution médiocrement forte, habituellement bien portant, sobre et d'une conduite régulière, travaillant dix-huit heures par jour environ, fut admis à l'hôpital de la Charité le 5 août 1822. Il était à Paris depuis quatre ans, accusait quinze jours de maladie, et avait travaillé jusqu'au moment de

venir à l'hôpital, où il fut néanmoins conduit en voiture, ne se sentant pas la force de faire le chemin à pied.

Dans les huit premiers jours, céphalalgie, rêves fréquents, douleurs dans les membres, bouche pâteuse et amère, diminution considérable de l'appétit, ce qui n'empêchait pas le malade de manger presque autant que de coutume; ventre indolent, selles rares, frissons par intervalles. Ces huit jours passés, un purgatif, dont l'excipient était l'eau-de-vie, causa peu de malaise d'abord, et fut suivi, deux heures après avoir été pris, de coliques violentes et de selles nombreuses, bientôt portées au nombre de vingt. Dès-lors, la diarrhée fut considérable, le ventre douloureux, du côté gauche surtout, quand le malade résistait au besoin d'aller à la selle, l'anorexie complète; l'épigastre fut toujours indolent; la céphalalgie cessa, il y eut des éblouissements et parfois des bourdonnements d'oreille; d'ailleurs, ni toux, ni nausées, ni frissons, ni douleurs de gorge. Le malade prit de la soupe pour tout aliment, et, pour boisson, une infusion de tilleul, ou de l'eau vineuse.

Le 6 août : décubitus indifférent, figure violacée, yeux assez brillants, légère teinte de rose autour de la cornée, mémoire exacte, réponses nettes et précises; ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreilles, ni douleurs dans les membres; soif vive, haleine fétide, langue rose au pourtour, jaunâtre au centre; léger météorisme, douleurs à gauche du ventre, dix selles la nuit : trois taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen; chaleur sèche, intense, et néanmoins sensibilité au froid; pouls un peu plein, égal, à quatre-vingts; respiration légèrement accélérée; faiblesse et malaise fort médiocres; le malade ne s'occupe que de son ventre. (*Quinze sangsues à l'anus; lav. lin; tis. d'orge av. le sirop tart.* ter.).

La perte de sang fut assez considérable, il y eut quinze selles dans les vingt-quatre heures qui suivirent, un peu de sommeil et une sueur légère pendant la nuit. Le lendemain; figure pâle, stupeur légère, augmentation de la faiblesse, intelligence intègre, ventre indolent, météorisé; taches lenticulaires plus pâles que le 6; pouls un peu mou, soif augmentée (Id. *sauf les sangsues*).

Le 8; figure un peu rouge et violacée, air d'indifférence, réponses justes; le reste comme la veille. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

Du 9 au 12 : même degré de stupeur, figure pâle ou plombée, réponses justes et assez promptes; surdité, d'abord légère, puis considérable; faiblesse croissante; langue sèche, puis jaunâtre et encroûtée au centre, le 11; météorisme assez considérable, ventre indolent; selles nombreuses, sans traces de mucus ni de sang; chaleur médiocre, pouls accéléré, assez large; toux rare.

L'assoupissement fut presque continu dans la journée du 12, et, pendant la nuit, le malade quitta son lit et parcourut les salles. Le lendemain, au milieu d'une stupeur assez profonde, il assurait ne souffrir nulle part, sa figure était un peu livide, ses paroles presque inintelligibles, sa langue sèche et brunâtre, sa respiration haute et fréquente; le bruit respiratoire était sans mélange de râle, le pouls assez ferme, régulier, à cent.

L'agitation fut la même pendant la nuit que dans la précédente: et le 14, à l'heure de la visite, la somnolence était continuelle, le malade dans le même état apparent que la veille, en sorte qu'il descendait encore du lit pour aller à la selle; il répondit se trouver bien, et une heure après il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Point de vergetures, sinon à la partie postérieure du corps.

Tête. Quelques adhérences entre les feuillets de l'arachnoïde, près du sillon médian, là où cette membrane était épaissie et opaque. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; cinq dans les fosses occipitales inférieures; cerveau et cervelet un peu injectés, d'une bonne consistance.

Poitrine. 90 grammes de sérosité sanguinolente dans le péricarde; plaques blanches à la face antérieure du cœur, dont les parois étaient minces et très ramollies. Quelques bandes d'un rouge-foncé, le long de l'aorte. — 360 grammes de sérosité très rouge dans la cavité de la plèvre droite; adhérences celluleuses universelles à gauche. Les poumons étaient légers, plus ou moins mous, avaient une couleur rouge assez vive antérieurement, et, en arrière, une teinte beaucoup plus foncée, à l'intérieur comme à l'extérieur. Ces deux nuances étaient interrompues par des taches noirâtres, arrondies, de 4 millimètres de diamètre, sans augmentation appréciable de la densité du tissu pulmonaire correspondant.

Abdomen. Le péritoine avait perdu le brillant qu'il a dans l'état ordinaire. L'estomac contenait une assez grande quantité de liquide peu épais. Sa membrane muqueuse était nuancée de rose et de gris, jaunâtre dans quelques points, d'une bonne consistance. — Celle de l'intestin grêle, à part un médiocre ramollissement et les objets que je vais indiquer, n'offrait rien de remarquable. Les plaques elliptiques étaient

nombreuses dans ses deux derniers tiers, rouges, larges et épaisses dans les 55 centimètres les plus rapprochés du cœcum. Leur saillie était due principalement à la muqueuse, qui avait généralement plus de 2 millimètres d'épaisseur, dans ce point, était extrêmement ramollie, et détruite dans une petite étendue des plaques qui avoisinaient le cœcum. Le tissu cellulaire sous-muqueux correspondant avait la même couleur, et une épaisseur presque égale. Entre ces plaques s'en trouvaient d'autres, irrégulières, beaucoup moins considérables, et quelques cryptes solitaires, aplaties, marquées d'un point central. Quelques-unes des plaques elliptiques qui précédaient celles qui étaient rouges et ramollies, étaient grisâtres et bleuâtres, un peu épaissies, et offraient quelques ulcérations dentelées. — Le gros intestin était très météorisé jusqu'à S, contenait quelques parcelles grisâtres et fermes, au milieu d'une matière liquide, médiocrement abondante. La membrane muqueuse du cœcum et de la moitié gauche du colon transverse, jusqu'au rectum, était rouge et très ramollie; il y avait aussi quelques petites ulcérations dans le cœcum. — Les glandes mésentériques étaient rouges, volumineuses et très molles, dans le voisinage de ce dernier. — Le foie était sain; la bile vésiculaire abondante et ténue. — La rate était plus que triplée de volume, et si ramollie qu'il suffisait du moindre effort pour y enfoncer le doigt. — Les reins étaient rouges et d'une bonne consistance. — Le pancréas était très injecté.

Ainsi, bien que la mort ait eu lieu au vingt-quatrième jour de l'affection, le malade a pu continuer un métier fatigant les deux premières semaines; ses forces n'étaient pas même assez abattues, dans la dernière, pour l'empêcher de pourvoir à ses besoins; et, une heure et demie avant sa

mort, il descendit encore de son lit pour aller à la selle. Quelle que manière de voir qu'on adopte relativement au début de l'affection, elle s'est donc bien écartée, sous le rapport des forces, de la forme la plus ordinaire.

On peut effectivement faire une double supposition relativement au début; se demander s'il remontait à l'époque où l'appétit se déprima, ou seulement au jour où le malade prit un purgatif qui fut suivi de dévoiement: et l'on dirait, en faveur de la première de ces deux suppositions, qu'avant le purgatif il n'y eut aucun symptôme caractéristique. Mais les raisons qui militent en faveur de la seconde supposition me paraissent beaucoup plus concluantes: car si, avant l'administration du purgatif, les symptômes éprouvés par le malade n'avaient rien de caractéristique, ils n'étaient pas non plus en opposition avec ce que l'expérience apprend du début de l'affection typhoïde dans certains cas; d'ailleurs, quand la diarrhée eut lieu à la suite du purgatif, le caratère général de l'affection resta encore le même; seulement un nouveau symptôme s'y ajouta et parut en fixer le siége, sans en indiquer la nature. Les symptômes véritablement caractéristiques ne se manifestèrent que dans les huit derniers jours de l'existence; de manière que si l'on se refusait à placer le début de la maladie au moment où l'appétit fut diminué, et où il y eut des douleurs dans les membres, on ne pourrait pas le faire remonter à une époque antérieure à l'admission du malade à l'hôpital. Cependant les symptômes des huit premiers jours avaient une cause, et quand on considère que la lésion la plus profonde, et sans doute la plus ancienne, était celle des plaques elliptiques de l'iléum, on ne saurait s'empêcher d'admettre que ces plaques fussent le siége de quelque altération, dans les huit jours qui précédèrent l'administration du purgatif.

J'ai écarté l'idée qu'un purgatif pût amener l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle, parceque j'ai observé plusieurs fois des superpurgations à la suite du remède longtemps continué de Leroy, sans que rien, dans les symptômes, annonçât une semblable influence. Je ne crois pas non plus qu'on puisse attribuer au purgatif une part considérable dans la diarrhée qui en a suivi l'usage, comme les faits nous l'ont appris antérieurement (page 442 du 1er vol.); vu que les purgatifs, quels qu'ils soient, s'ils ne sont pas répétés, ne produisent de diarrhée permanente que dans le cas où les sujets y sont éminemment disposés; en sorte qu'il faudrait au moins admettre ici une prédisposition très forte, puisque le dévoiement a été considérable et non interrompu, à compter de l'administration du purgatif : vu aussi que souvent un semblable dévoiement succède, dans l'affection typhoïde, à une constipation de plusieurs jours, sans qu'aucun purgatif ait été administré.

Ce cas était d'ailleurs, il faut en convenir, un de ceux qui peuvent le plus aisément mettre en défaut la sagacité de l'observateur, soit avant, soit après l'administration du purgatif, antérieurement à l'admission du malade à l'hôpital; l'anorexie, des douleurs dans les membres, une légère diminution des forces avant ou après la diarrhée, ne devant pas faire soupçonner une maladie grave. En pareil cas, toutefois, il faudrait se rappeler qu'un purgatif unique, suivi d'une abondante diarrhée, annonce une forte prédisposition, et qu'un semblable effet appartient à l'affection typhoïde commençante plus qu'à toute autre.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

L'affaiblissement ne fut pas moins remarquable chez ceux de ces sujets dont la maladie fut *grave*, que chez ceux

qui ont succombé. De quarante-sept malades sur lesquels j'ai pu recueillir des renseignements précis à cet égard, sept prirent le lit dès le premier jour de l'affection, neuf se bornèrent à quitter leurs occupations à la même époque, deux le deuxième jour ; c'est-à-dire que la troisième partie des sujets éprouva un affaiblissement et un découragement considérables dès le début. Ce qu'on ne peut pas plus expliquer que dans les cas où la maladie eut une terminaison funeste, par le dévoiement qui n'existait pas alors, ou ne faisait que commencer ; par les douleurs de ventre, ni par des symptômes gastriques de quelque valeur, ni par ces lassitudes extrêmes dans les membres qu'on observe si souvent dans les simples courbatures. En sorte qu'ici, comme chez les individus qui ont succombé, on ne peut rattacher cette faiblesse qu'à la lésion spécifique commençante de l'iléum, ou à la cause à laquelle il conviendrait de la rapporter. — Un petit nombre de sujets ne fut alité que du dixième au vingtième jour de la maladie, et l'un d'eux ne commença à prendre de repos qu'au vingt-sixième. Chez celui-ci, après un début assez violent, l'affection parut s'arrêter dans sa marche, de manière que six jours après le début, le malade avait repris, bien que d'une manière incomplète, ses occupations.

L'affaiblissement fut considérable et de longue durée chez presque tous les sujets qui furent obligés de se mettre au lit dès le début; mais son *maximum* eut lieu à des époques très variées, du dixième au trentième jour de l'affection. La débilité ne fut pas moindre chez plusieurs malades qui ne quittèrent leurs occupations, ou ne se mirent au lit, qu'un plus ou moins grand nombre de jours après l'apparition des premiers symptômes : de manière qu'à une certaine époque de l'affection plusieurs de ces malades sem-

blaient comme paralysés, laissaient tomber leurs membres, préalablement soulevés, comme s'ils n'eussent plus obéi qu'à la pesanteur, et se laissaient manier comme des corps inertes. Dans quelques cas encore, à cette faiblesse extrême se joignait la paleur de la face, et les sujets, comme anéantis, semblaient sur le point de s'éteindre. Cet état fut porté au plus extrême degré, chez une jeune fille de dix-sept ans et demi, d'une constitution un peu délicate. On l'aurait dit pendant deux jours, les dix-neuvième et vingtième de la maladie, près d'expirer, n'ayant plus qu'un souffle de vie ; ce que ne pouvaient expliquer, ni la diarrhée qui avait été légère, ni la douleur de ventre, ni le météorisme qui fut presque nul, ni le traitement qui ne fut ni tonique ni très débilitant, aucune saignée n'ayant été pratiquée. Cette profonde débilité ne diminua qu'avec beaucoup de lenteur ; et au moment où la convalescence paraissait devoir faire des progrès rapides, la malade eut une double péripneumonie, bornée à la partie postérieure des poumons, qui n'occasiona qu'une faible réaction, eut une marche très lente, et fut accompagnée d'un œdème assez considérable des membres inférieurs, de celui du côté gauche, surtout ; de manière que la malade ne fut parfaitement rétablie qu'après cinq mois de séjour à l'hôpital.

L'affaiblissement fut médiocre dans les trente-un cas où l'affection fut *légère ;* et c'est, en grande partie, d'après la différence de l'état des forces, que j'ai divisé les malades en deux groupes. Toutefois, la perte des forces, chez les trente-un sujets dont il s'agit, était généralement très supérieure à celle qui aurait eu lieu dans toute autre affection inflammatoire, à égalité de fièvre.

M. Rilliet observe avec raison, qu'il est difficile d'estimer avec quelque exactitude la diminution, et surtout le degré de la diminution des forces, dans *l'enfance*. Toutefois, il remarque que les deux tiers des enfants atteints d'affection typhoïde, qu'il a observés, furent plus ou moins affaiblis dès le début; que presque tous furent obligés de s'aliter dès les premiers jours. M. Taupin pense que l'affaiblissement qui accompagne la fièvre typhoïde est un peu moindre dans l'enfance que dans l'âge adulte; que dans le premier âge aussi, la convalescence de cette maladie est assez souvent prompte, comme subite; ce qui n'établit pas une distinction marquée entre l'affection typhoïde de l'enfant et celle de l'adulte, puisque le rétablissement des forces est quelquefois aussi très rapide chez les jeunes gens atteints de cette maladie.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

Chez les péripneumoniques, la faiblesse était généralement proportionnée à l'étendue de l'affection; mais aucun d'eux n'éprouva ce profond affaissement dont il a été question ci-dessus. La diarrhée, dans les cas où elle venait à se déclarer, augmentait beaucoup cette faiblesse, qui fut considérable chez deux sujets dont la muqueuse gastro-intestinale était profondément altérée.

L'affaiblissement n'offrit rien de remarquable dans le cours des autres maladies aiguës, si l'on en excepte un cas d'érysipèle aux membres inférieurs, dans lequel la perte des forces fut considérable dès le début de l'affection.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.*

La diminution des forces fut considérable chez quatre

des cinquante-sept *péripneumoniques* qui ont guéri. L'affection fut presque parfaitement simple dans un cas ; elle était compliquée de dévoiement, ou de symptômes gastriques, dans les autres, quand l'affaiblissement devint très marqué. Le découragement était extrême, l'attitude abandonnée, dans ces trois cas ; et les deux malades qui éprouvèrent des symptômes gastriques, eurent, en outre, au sixième jour de l'affection, une lipothymie en allant à la selle.

Trois sujets sur dix-huit qui furent atteints de *scarlatine*, éprouvèrent, les cinquième et sixième jour de l'affection, un affaissement assez considérable, sans qu'il fût possible de se l'expliquer par la diarrhée ou quelque symptômes gastrique. Un semblable degré de prostration eut lieu dans un cas de *rougeole*, au début de la maladie, quatre jours de suite, et céda au moment où les évacuations alvines devinrent liquides et fréquentes. S'il n'était pas possible alors de s'en rendre compte, son degré, au début de la maladie, pouvait, jusqu'à un certain point, écarter le soupçon d'une affection typhoïde. J'en dirai autant de deux sujets qui offrirent le même affaissement le premier jour d'une *angine gutturale*, et d'un troisième dont l'accablement fut extrême les trois premiers jours d'une *urticaire*, que ne compliquaient ni symptômes gastriques, ni diarrhée.

Dans l'*entérite* proprement dite, la faiblesse n'était pas comparable à celle qui accompagne l'affection typhoïde, alors même qu'elle était très intense, que les selles étaient très nombreuses. Aussi, bien que l'affaissement fût assez considérable chez un sujet dont les évacuations alvines furent répétées de vingt à trente fois par jour, dans les six premiers de la maladie, ce sujet n'en sortit pas moins parfaitement guéri de l'hôpital, au onzième jour, à partir du début. Et ce fait n'est pas une exception ; car cinq autres

malades qui eurent des selles presque aussi nombreuses, une faiblesse à peu près aussi considérable, pour quelques jours, sortirent de l'hôpital du quatorzième au dix-huitième, fort bien portants. Trois d'entre eux y étaient venus à pied, et eurent quelques symptômes gastriques.

L'affaiblissement n'était donc pas seulement beaucoup plus considérable, beaucoup plus fréquent, dans le cours de l'affection typhoïde que dans toute autre; il était encore beaucoup plus prolongé.

§ 6.

Des douleurs et de l'œdème des membres.

1° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde.*

A deux exceptions près, tous les individus chez lesquels j'ai pu recueillir des renseignements exacts sur l'état des membres, à une époque antérieure à leur admission à l'hôpital (et c'est le plus grand nombre), y éprouvèrent des douleurs dès le début de la maladie, qu'elle qu'en ait été l'issue. Ces douleurs, généralement très médiocres, n'étaient comparables, dans aucun cas, à celles qui ont lieu quelquefois dans la courbature; et elles ne se firent sentir avec quelque vivacité, dans les membres inférieurs, que chez un des sujets qui ont péri, dont elles gênaient beaucoup la marche, et qui les comparait à un engourdissement (obs. 21). Dans aucun cas elles n'eurent le caractère rhumatismal. — Les mêmes individus qui éprouvaient des douleurs dans les membres en avaient aussi, pour la plupart, dans les lombes.

Je n'ai observé *d'œdème* aux membres inférieurs que

chez une jeune fille dont l'affection eut une heureuse issue, dans le cours d'une double péripneumonie, survenue au moment où la malade, dont les forces avaient été profondément altérées, paraissait entrer en convalescence.

Les douleurs dans les membres ont eu lieu chez tous les *enfants* observés par le Dr. Taupin, hors un. De peu de durée généralement, elles furent promptement remplacées par un sentiment de faiblesse, et, dans trente cas où elles persistèrent, aux genoux et aux reins, au-delà du terme ordinaire, j'ai pu remarquer, dit M. Taupin, que la taille des sujets avait pris un assez grand accroissement.

2° *Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes.*

Des douleurs dans les membres eurent lieu chez les quatre cinquièmes des péripneumoniques : et trois d'entre eux, morts aux huitième, vingtième et quarantième jour de l'affection, offrirent de l'œdème aux membres inférieurs, deux ou trois jours avant le terme fatal. — Ces sujets avaient de cinquante à soixante ans, et le cœur de l'un d'eux était légèrement hypertrophié. Si l'âge et l'état du cœur ont eu quelque influence sur le symptôme qui nous occupe, l'organe principalement affecté en eut sans doute bien davantage ; et le fait rapporté un peu plus haut vient à l'appui de cette manière de voir.

Chez les sujets qui succombèrent à d'autres affections, les douleurs dans les membres et dans les lombes furent à peu près aussi fréquentes que chez les péripneumoniques ; et, dans deux cas, l'un de scarlatine et l'autre de péricardite, il y eut de l'œdème aux membres abdominaux. — Le cœur était sain, les poumons n'offraient pas d'altération remarquable, chez l'individu qui succomba à la scarlatine.

3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.

La plupart des *péripneumoniques* eurent des douleurs dans les membres et dans les reins; ces douleurs furent très vives dans les cuisses chez un des sujets, et aux genoux chez deux autres. Chez l'un de ces derniers la douleur était accompagnée d'un gonflement assez considérable, sans rougeur, qui persista du onzième au quinzième jour de l'affection; après quoi les mêmes symptômes eurent lieu à la main droite, pendant le même temps. Les douleurs ne furent pas moins fortes aux genoux dans l'autre cas où elles avaient été précédées, pendant deux jours, de douleurs évidemment rhumatismales au cou. Il n'y eut pas de gonflement.

Ces deux faits, et un troisième que je citerai tout à l'heure, sont les seuls exemples de douleurs véritablement rhumatismales observées par moi, comme complication, dans le cours des maladies aiguës dont j'ai recueilli l'histoire. L'extrême rareté, dans cette circonstance, d'une maladie, d'ailleurs si commune, me paraît extrêmement remarquable, et forme un nouveau caractère à ajouter à ceux qui montrent dans le rhumatisme une affection aussi distincte des autres, que difficile à apprécier dans sa nature.

Un sujet dont la maladie traîna en longueur, eut, huit jours après son début, de l'œdème aux membres inférieurs, et cet œdème persista pendant plusieurs semaines. — Ce sujet, âgé de quarante ans, n'avait aucun symptôme de maladie du cœur, et il offre une nouvelle preuve de l'influence de la gêne de la circulation du sang, dans le cours de la péripneumonie, sur le développement de l'œdème.

Dans un cas *d'érysipèle* aux membres inférieurs, il y eut des douleurs rhumatismales, d'abord à l'épaule gauche pendant huit jours, puis aux genoux, qui furent gonflés, mais sans rougeur.

Plus de la moitié des sujets atteints de *catarrhe pulmonaire* eut des douleurs contusives dans les membres, et, deux d'entre eux, de l'œdème aux membres inférieurs pendant quelque temps.

Ces douleurs furent un peu moins fréquentes chez les sujets affectés *d'entérite*, que chez les précédents, de manière qu'elles n'avaient lieu que dans la moitié des cas, quelle que fût d'ailleurs la gravité de l'affection. Elles furent vives aux poignets chez deux malades, sans être accompagnées de rougeur ou d'enflure.

Ainsi, sur sept cents individus atteints de maladies aiguës, dont cent trente ont succombé, huit seulement eurent de l'œdème aux membres inférieurs; six dans le cours d'une péripneumonie ou d'un catarrhe pulmonaire intense, un dans celui d'une péricardite; le dernier dans le cours d'une scarlatine. — Un peu d'œdème chez un sujet atteint d'une maladie aiguë, devrait donc diriger l'attention sur l'état des poumons et du cœur, surtout dans le cas où il n'y aurait aucun autre symptôme d'une maladie de Bright.

ARTICLE VIII.

Symptômes fournis par les organes des sens.

Épistaxis, état de la conjonctive, des oreilles et de la peau.

§ 1.

De l'épistaxis.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Soit que j'aie omis de m'informer de l'existence de ce symptôme, ou que je n'aie pu prendre d'informations précises à son égard, je n'en ai fait mention que chez seize sujets, parmi lesquels cinq en ont été exempts : ce que je ne puis néanmoins affirmer d'une manière absolue, mes questions, sur ce point, n'ayant peut-être pas été assez répétées.

Quoi qu'il en soit, l'épistaxis variait dans son début, dans ses retours et dans l'abondance du liquide exhalé. Unique dans cinq cas, elle s'est répétée plusieurs fois dans les autres, deux, trois, quatre, six jours de suite, ou à des distances plus ou moins considérables; chez quelques malades plusieurs fois dans la même journée (obs. 4), et presque toujours sans le moindre soulagement. — Elle débuta le premier jour de l'affection dans trois cas où elle s'est renouvellée plusieurs fois (obs. 4, 16, 39) ; du quatrième au quinzième dans les autres.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Sur trente-quatre sujets dont l'affection fut *grave* et chez lesquels j'ai recherché l'existence de l'épistaxis, vingt-sept l'éprouvèrent une ou plusieurs fois; et cette proportion peut être considérée comme exacte, tous les individus dont il

s'agit ayant été fréquemment interrogés relativement à l'objet qui nous occupe.

Chez ces malades, comme chez ceux qui succombèrent, l'épistaxis fut variable dans son début, dans ses retours et dans son abondance. Relativement au début, elle se montra avec les premiers symptômes, dans trois cas ; dans cinq, le quatrième jour; dans quatre, du cinquième au dixième; dans cinq, du dixième au quinzième; dans six, du quinzième au vingtième; plus tard encore chez les quatre autres sujets, dont la maladie eut une marche très lente. Considérée dans sa fréquence et dans ses retours, elle n'eut lieu qu'une fois chez dix malades, reparut cinq, six, huit, dix et quinze jours de suite chez neuf, assez souvent à plusieurs reprises dans la même journée, et deux ou trois fois dans les autres cas, à des distances plus ou moins éloignées. — Aucun rapport d'ailleurs, entre l'abondance et la fréquence des épistaxis ; mais la diarrhée était généralement considérable, là où l'épistaxis s'était répétée le plus grand nombre de fois.

Cette hémorrhagie fut bien moins fréquente chez ceux dont la maladie fut *legère;* n'ayant eu lieu que dans la moitié des cas, ou chez onze des vingt-quatre sujets qui furent interrogés avec soin à cet égard.

L'épistaxis a été observée par M. Barth, dans la moitié des cas soumis à son observation, ou chez quarante-deux sujets sur quatre-vingt-deux dont il a recueilli l'histoire ; dans une proportion un peu moindre que celle qui résulte de mes analyses.

L'hémorrhagie nasale, et cela est surtout remarquable à

raison de l'opinion dominante sur ce point, paraît être beaucoup moins fréquente dans l'*enfance* qu'après quinze ans, dans le cours de l'affection typhoïde; de manière que M. Taupin n'a rencontré que trois exemples d'épistaxis au début ou dans le cours de l'affection typhoïde, chez les 121 sujets soumis à son observation. M. Taupin ajoute à ce fait que plusieurs enfants qui étaient sujets au saignement de nez avant d'être atteints d'affection typhoïde, n'en ont pas eu pendant toute la durée de leur maladie, et que cette hémorrhagie se réduisait, chez les enfants qui en étaient atteints, à quelques gouttes de sang qui se desséchaient immédiatement. — M. Rilliet, qui n'a pu s'assurer de l'existence ou de la non-existence de l'épistaxis dans tous les cas soumis à son observation, l'a néanmoins observée dans treize cas, dans une proportion sensiblement plus considérable que celle indiquée par M. Taupin, quoique moindre de beaucoup que celle qui existe chez l'adulte. Huit fois elle eut lieu du premier au sixième jour, ordinairement les troisième et quatrième, du onzième au vingt-troisième dans les autres cas. Une seule fois elle se répéta journellement, du premier au neuvième jour de l'affection.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri* (1).

Huit *péripneumoniques*, sur cinquante-sept, eurent des épistaxis. L'un d'eux le premier jour de l'affection, trois le second, les autres du quatrième au onzième. Unique chez trois sujets, l'épistaxis se répéta trois, quatre, six, huit jours de suite chez les autres, et fut quelquefois très abondante.

(1) Un trop petit nombre de sujets, parmi ceux qui ont succombé, a été interrogé relativement à l'épistaxis, pour qu'il puisse en être question ici.

Je ne l'ai observée dans aucun cas de *variole*. Elle eut lieu chez deux sujets atteints de *scarlatine*, aux sixième et septième jours chez l'un, au onzième chez l'autre; chez un individu affecté de *rougeole*, au huitième jour de la maladie : au dixième d'un *érysipèle* à la face; chez six des trente-neuf sujets atteints d'*angine gutturale*, du deuxième au douzième jour de l'affection; le huitième dans un cas de *zona*, où elle fut le terme d'une céphalagie existante depuis plusieurs jours: chez quatre sujets affectés de *rhumatisme*, du deuxième au trentième jour de la maladie; dans cinq cas de *catharrrhe pulmonaire*, à une ou plusieurs reprises; le premier jour de la maladie chez deux individus, à une époque plus ou mois éloignée chez les autres. Enfin, l'épistaxis eut lieu chez quatre sujets atteints d'*entérite* proprement dite, du premier au dixième jour de l'affection.

Bien que j'aie omis de demander à plusieurs des individus affectés des maladies qui viennent d'être passées en revue, s'ils avaient éprouvé quelque épistaxis, que les nombres donnés ne puissent pas être considérés comme des proportions, l'ensemble des faits est néanmoins digne d'intérêt, en ce qu'il montre que l'épistaxis suit la marche de tous les symptômes secondaires qui se développent dans le cours des maladies aiguës, et, comme eux, paraît plus rarement au début de l'affection qu'à une époque éloignée; qu'il n'est pas possible, dès-lors, de l'envisager sous un point de vue différent; que la considérer comme critique serait s'engager à reconnaître ce caractère à tous les autres symptômes secondaires, à toutes les lésions d'organes dont ils ne sont que l'effet. On dira peut-être que l'épistaxis soulage le mal de tête; mais qu'est-ce que cela prouve? Parce que la douleur du phlegmon diminue avec la suppuration, faudrait-il

considérer celle-ci comme une crise? Et n'y a-t-il pas une parfaite analogie entre le mal de tête qui précède l'épistaxis, et la douleur qui devance la suppuration du tissu cellulaire? De part et d'autre, n'est-ce pas un phénomène qui se divise en plusieurs périodes, dont l'une, la suppuration ou l'écoulement de sang, peut ne pas avoir lieu?

§ 2.

État des yeux.

Je rapporterai à ce paragraphe la rougeur ou l'injection plus ou moins vive de la conjonctive, les douleurs des yeux, le trouble de la vue.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Les conjonctives étaient plus ou moins rouges à des époques variées de l'affection, dans un peu plus de la moitié des cas, ou chez seize des vingt-sept individus dont l'état des yeux a été indiqué avec soin, dans mes notes. C'était, chez quatre d'entre eux, une nuance rose très délicate, uniforme, sans vaisseaux distincts; chez les autres, une injection ordinairement légère, quelquefois inégale, de la conjonctive des deux côtés. — Cette rougeur débutait à des époques variées, plus souvent à la fin qu'au commencement de l'affection. Elle eut lieu du troisième au treizième jour, chez trois sujets dont la maladie dura de trois à cinq semaines; de trois à quinze jours avant le terme fatal, dans d'autres cas. Elle prit de l'accroissement chez quelques individus, fut stationnaire chez d'autres, et ordinairement accompagnée d'une sécrétion de mucus qui maintenait rapprochés les bords libres des paupières; quelquefois d'un larmoiement que je n'ai constaté que chez deux sujets.

Les yeux étaient cuisants, plus ou moins douloureux chez six malades, dont trois avaient les conjonctives injectées. Quelle était la cause de la douleur chez les autres? quelle qu'elle soit, ce fait vient encore à l'appui de ce que j'ai dit plusieurs fois de la difficulté de connaître le siége et la nature de la douleur, dans beaucoup de cas.

Sans parler des éblouissements que presque tous les malades éprouvaient sitôt qu'ils se levaient ou se mettaient à leur séant, quatre d'entre eux avaient habituellement la vue trouble, ne voyaient qu'à travers un nuage, dix, douze jours après le début, et pendant un espace de temps à peu près égal avant la mort.

Quatre sujets eurent les paupières closes et fortement contractées dans les derniers jours de l'existence, au point qu'il était très difficile de les écarter mécaniquement. Cette occlusion eut lieu, quinze jours de suite, chez un malade dont le cerveau était moins injecté qu'à l'ordinaire (obs. 30). Le délire existait, à divers degrés, dans chacun des cas dont il s'agit, et la contraction des paupières était probablement moins l'effet de la sensibilité des yeux à la lumière, qu'un phénomène spasmodique, analogue aux spasmes ou à la contraction permanente des muscles des membres, qui avaient lieu chez quelques-uns des sujets qui nous occupent.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les yeux étaient à peu près dans le même état chez les sujets qui guérirent que chez ceux qui succombèrent. Ils n'offrirent rien de remarquable dans la troisième partie des cas, ou sur dix des trente-trois individus chez lesquels je les ai examinés avec soin; ils furent plus ou moins injectés, ou d'un rose uniforme chez les autres. Cet état débutait ordi-

nairement après le dixième jour, de manière que je ne l'ai observé aux sixième et septième, que dans trois cas. — Sa durée variait de deux à huit. — Il y eut aussi des cuissons chez sept malades, dont trois avaient les conjonctives injectées. — Un autre eut la vue trouble, dans le repos du lit, dans tout le cours de la quatrième semaine de l'affection. Aucun n'offrit cette contraction permanente et difficile à vaincre des paupières, observée dans plusieurs des cas où la terminaison de la maladie a été funeste. Si d'ailleurs on se rappelle que la raideur spasmodique des membres n'eut pas lieu chez les mêmes sujets, on sera convaincu que la contraction des muscles des paupières et la raideur des bras dépendaient d'une seule et même cause, et l'on verra dans l'une et dans l'autre un signe également funeste.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes.*

Les yeux furent plus ou moins rouges et douloureux dans deux cas de péripneumonie dont la terminaison fut heureuse, aux troisième et sixième jour de la maladie. Leur état n'a pas été noté chez les autres sujets; et, tout en regrettant cette omission, on peut croire qu'elle n'a eu lieu que parceque la rougeur des yeux ou n'existait pas, ou était extrêmement légère.

§ 3.

De l'oreille.

Surdité, bourdonnements, douleurs, inflammation du conduit auditif externe.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

De trente malades chez lesquels les symptômes relatifs à l'oreille ont été notés avec soin, onze eurent des bourdonne-

ments, vingt l'ouïe plus ou moins dure, deux des douleurs d'oreille.

Les *bourdonnements* eurent lieu, dans la plupart des cas, sans dureté de l'ouïe; ils suivirent une marche croissante chez plusieurs sujets, débutèrent avec les premiers symptômes chez quatre, puis à des époques variables, plus rapprochées du début de l'affection que du terme fatal, si ce n'est chez les malades qui moururent du huitième au quinzième jour de l'affection.

La *dureté de l'ouïe* ne se manifesta chez aucun sujet avec les premiers symptômes. Elle débuta au milieu ou dans les derniers jours de l'affection, à peu près un égal nombre de fois, chez les individus qui moururent du vingtième au trentième jour. Peu prononcée d'abord, elle fesait ensuite des progrès plus ou moins rapides, et elle fut si considérable chez trois sujets, qu'il était presque absolument impossible de s'en faire entendre. L'un d'eux n'eut pas de délire.

Des *douleurs d'oreille* eurent lieu pour peu de temps, et au milieu du cours de l'affection, chez deux sujets. (Obs. 29, 45.)

Je n'ai noté d'*inflammation* manifeste du conduit auditif, ou d'écoulement purulent par le méat auditif, dans aucun cas; et je ne doute pas, néanmoins, que cet écoulement n'ait eu lieu plusieurs fois; vu que quelques-uns des sujets qui ont guéri l'ont éprouvé, et que les symptômes accessoires étaient moins fréquents et moins graves chez ceux-ci que chez les autres. On conçoit d'ailleurs comment plusieurs de ces symptômes, venant à se déclarer à une époque avancée de l'affection, au milieu d'autres accidents beaucoup plus graves, chez des malades souvent très sales, échappent à l'attention de l'observateur. Et comme cependant la connaissance exacte des maladies suppose celle de toutes les lé-

sions et de tous les symptômes qui ont lieu dans leur cours, il en résulte qu'on ne saurait donner trop d'attention à l'état des organes, quels qu'ils soient, à toutes les époques de l'affection : et c'est cette nécessité bien sentie qui me fait insister sur un point auquel je me suis déjà arrêté plusieurs fois.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Sur quarante-cinq malades dont l'affection fut *grave*, et dont l'état de l'oreille a été constaté avec soin, dix-neuf eurent des bourdonnements, trente-trois l'ouïe plus ou moins dure, sept des douleurs d'oreille, quatre un écoulement par le conduit auditif externe.

Comme chez les sujets qui succombèrent, les *bourdonnements* eurent lieu, assez fréquemment, sans que l'oreille fût dure. Ils débutèrent quelquefois avec les premiers accidents (trois fois), précédèrent la dureté de l'ouïe chez les sujets qui éprouvèrent l'un et l'autre symptôme, durèrent de quatre à vingt jours.

L'ouïe devint dure, dès le début de l'affection, chez deux sujets qui n'eurent ni plus de délire, ni plus de céphalalgie que ceux chez lesquels le même état se déclara beaucoup plus tard, c'est-à-dire du huitième au vingtième jour de la maladie. Passagère en quelque sorte, ou d'un à deux jours de durée seulement, chez quelques malades, la dureté de l'ouïe se prolongea de quatre à vingt chez les autres. D'abord peu considérable, elle le devenait successivement davantage, diminuait de la même manière, si ce n'est dans un cas où cette diminution fut rapide. Elle offrit chez plusieurs individus des alternatives d'augmentation et de diminution, sans qu'il fût possible de s'en rendre compte par des variations correspondantes dans les symptômes cérébraux,

ou dans l'état de la circulation : et elle fut si considérable, plusieurs jours de suite, chez certains sujets, qu'il était impossible de s'en faire entendre par un moyen quelconque. — La plus extrême surdité n'ajoute donc rien à la gravité du pronostic, et elle diffère beaucoup, en cela, des mouvements spasmodiques, et surtout de la raideur permanente des membres.

Des sept malades qui éprouvèrent des *douleurs d'oreille*, trois eurent aussi une inflammation manifeste du conduit auditif externe. Chez ceux-ci le début de la douleur fut assez tardif; il eut lieu du dixième au quinzième jour de l'affection chez les autres. Ordinairement passagère ou de peu de durée, cette douleur se prolongea deux semaines de suite dans un cas.

La *suppuration* n'eut lieu qu'à une époque avancée de la maladie, pas avant le vingt-deuxième jour à compter du début, et seulement aux trentième et quarantième, dans deux cas où la marche de l'affection fut très chronique. — Sa durée moyenne fut de vingt jours.

Dans un cas d'affection typhoïde, terminé par le retour à la santé, qui s'est offert à mon observation à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, la suppuration de l'oreille droite était accompagnée de la perforation du tympan; et cette perforation, qui me fut signalée par M. le Dr. Ménière, se rencontre assez fréquemment, d'après ses recherches, dans des cas analogues. Cette lésion serait-elle encore la suite de la prédisposition à l'ulcération, si souvent signalée dans le cours de cet ouvrage, chez des sujets atteints d'affection typhoïde? Serait-elle plus fréquente chez ces malades, que chez ceux qui sont atteints d'otite dans le cours des autres affections aiguës?

L'oreille subissait donc la loi de la plupart des organes,

dont l'inflammation est plus ou moins fréquente dans le cours de l'affection typhoïde et des autres maladies aiguës.

Quant aux cas où les douleurs ne furent ni accompagnées ni suivies d'écoulement par le méat auditif, si l'on ne peut pas dire qu'il n'y eut d'inflammation dans aucun d'eux, la chose me paraît presque démontrée pour celui où ces douleurs durèrent quinze jours de suite : car comment concevoir une douleur inflammatoire de cette durée, sans suppuration ?

Les mêmes phénomènes eurent lieu chez les sujets dont l'affection fut *légère*, mais dans une proportion un peu moindre : de manière que sur vingt-quatre d'entre eux, dont l'état de l'oreille fut étudié avec soin, quatorze seulement y éprouvèrent quelques-uns des symptômes indiqués. Six eurent des bourdonnements, et l'un d'eux le premier jour de la maladie ; cinq eurent l'oreille dure, ordinairement à un degré peu considérable ; et dans un cas où cette dureté de l'ouïe dura vingt jours, elle eut lieu dès le début. — Trois sujets accusèrent des douleurs dans le méat auditif, et chez l'un d'eux elles furent suivies, après deux jours de durée, au quatorzième de l'affection, d'un écoulement de pus qui se prolongea pendant une semaine.

Ainsi, toujours mêmes lésions secondaires, proportionnées à l'intensité du mouvement fébrile, dans les divers degrés de la même maladie.

Les observations recueillies depuis la publication de mes recherches confirment les faits qui viennent d'être exposés. Ainsi, sur vingt-huit cas d'affection typhoïde observés à l'hôpital de la Pitié, M. Barth a trouvé vingt-un cas de

bourdonnements d'oreille. Il en a trouvé soixante-quatre sur cent un sujets reçus à l'Hôtel-Dieu, dans la division de M. Chomel, dans les deux dernières années; proportion un peu plus considérable que celle qui résulte de l'analyse des faits que j'ai recueillis moi-même, puisque, trente-six fois seulement sur soixante-dix-neuf cas, j'ai constaté les bourdonnements d'oreille. — Quant à la surdité, la différence est inverse; M. Barth ne l'a notée que dans huit des cas observés à la Pitié, et dans vingt-huit de ceux qu'il a vus à l'Hôtel-Dieu : différence plus apparente que réelle, sans doute, et qui tient très probablement à ce qu'il n'aura noté les cas de dureté de l'ouïe que dans ceux où elle aura été très prononcée.

La persévérance la plus complète dans l'étude des phénomènes morbides chez les *enfants*, ne peut conduire à la connaissance des phénomènes de la nature de ceux qui nous occupent, dans tous les cas où ils existent. Cependant, M. Rilliet s'est assuré de l'existence des bourdonnements d'oreille chez huit des soixante enfants qu'il a observés; et il a noté la surdité chez sept individus, rarement intense, pour peu de temps, du sixième au vingt-sixième jour de l'affection. — De son côté, M. le docteur Taupin a trouvé la surdité presque constamment double chez vingt sept sujets, et elle survenait généralement vers le milieu de la maladie.

L'otorrhée eut lieu dans sept cas observés par M. Rilliet, du dix-neuvième au trente-unième jour de l'affection; deux fois double, successivement; ordinairement par l'oreille gauche, et toujours dans des cas graves; de manière, cependant, qu'un seul des sujets dont il s'agit a succombé.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri.*

Un *péripneumonique* eut des bourdonnements d'oreille du premier au troisième jour de l'affection. — Je n'en ai point trouvé d'exemples chez les sujets atteints de *variole*. Il y eut un écoulement de pus par le méat auditif, dès le quatrième jour de la maladie, dans un cas de *scarlatine*. — Un individu affecté de *rougeole* eut des bourdonnements. — Ils furent beaucoup plus communs dans le cours de l'*angine gutturale;* tellement que dix-sept des trente-neuf sujets affectés de cette maladie eurent des douleurs d'oreilles : ce qui tenait probablement au voisinage de l'affection principale. Et si ces douleurs ont manqué dans la rougeole et dans la scarlatine, où l'angine est si fréquente, c'est sans doute parce que celle-ci est plus légère alors que quand elle existe comme affection principale. — Il est remarquable d'ailleurs qu'il n'y eut d'inflammation manifeste, reconnaissable à l'écoulement du pus par le méat auditif, que chez un des dix-sept sujets dont il s'agit. Et ce fait me semble une nouvelle preuve de la liaison qui existe entre le mouvement fébrile et l'inflammation de l'oreille; puisque, malgré le voisinage de la maladie principale, la proportion des cas d'otite est beaucoup moindre ici que chez les sujets atteints d'affection typhoïde grave. — Un des individus malades de *rhumatisme* eut l'ouïe dure, un autre une otite externe, à une époque éloignée du début. — Des bourdonnements et des douleurs d'oreille eurent lieu dans deux cas de *catharre pulmonaire;* des bourdonnements chez un des quatre-vingt-quatre sujets atteints d'*entérite* proprement dite. De manière que plus nous avançons dans l'étude des symptômes, plus nous voyons

clairement qu'aucune maladie ne diffère davantage de l'affection typhoïde (le nombre des selles excepté) que l'entérite.

§ 4.

De la peau.

Taches roses, lenticulaires ; sudamina, érysipèle, éruptions variées, plaies des vésicatoires.

1° Taches roses, lenticulaires.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

J'ai observé cette éruption dans vingt-six des trente-cinq cas où je l'ai recherchée, sans pouvoir dire qu'elle n'ait pas eu lieu dans quelques autres; plusieurs des sujets dont il s'agit étant venus à l'hôpital après le vingt-quatrième jour de l'affection, à une époque où les taches avaient peut-être disparu.

Elles étaient en petit nombre chez les trois quarts des malades (dix-huit sur vingt-six) ; et alors on les trouvait disséminées sur l'abdomen et sur la poitrine. Quelquefois même elles étaient bornées au ventre où l'on n'en voyait que cinq à six chez certains sujets. Plus ou moins nombreuses, elles avaient lieu non-seulement à la poitrine et à l'abdomen, mais aussi, dans quelques cas, aux membres ; et dans l'un d'eux j'en ai trouvé à la face. Elles existaient à la partie postérieure du tronc chez deux malades dont j'ai examiné le dos, et l'on peut croire, par là, qu'elles n'y étaient peut-être pas moins fréquentes qu'à la partie antérieure du corps. — On en trouvait presque toujours davantage sur l'abdomen que sur la poitrine.

Dans les cas où elles étaient nombreuses, on les voyait se développer successivement, dans l'espace de trois, qua-

tre, cinq jours, et quelquefois plus. Elles disparaissaient aussi par degrés, rarement à la fois et promptement, et leur couleur rouge pâlissait chaque jour davantage. Là où elles étaient rares on les voyait s'effacer après deux jours de durée, pour être remplacées par d'autres qui ne disparaissaient pas moins rapidement. Et, si j'en excepte deux sujets, leur largeur restait toujours la même.

Leur début variait. Chez trois individus qui se sont offerts à mon observation, les quatrième et cinquième jour de la maladie, elles ne se montrèrent pas avant les sixième et septième; elles existaient au huitième chez six sujets observés, pour la première fois, à cette époque. Je ne les vis se développer que du neuvième au onzième jour dans plusieurs cas, et, dans un autre, au trente-cinquième seulement (obs. 14). Elles existaient au moment de l'admission de la plupart des individus qui furent conduits à l'hôpital après le dixième jour de la maladie; en sorte que, pour eux, il n'est pas possible de savoir à quoi s'en tenir, relativement à l'objet qui nous occupe. Mais on ne s'éloigne sans doute pas beaucoup de la vérité, en admettant que l'éruption des taches roses, lenticulaires eut lieu, du sixième au neuvième jour de l'affection, dans la moitié des cas.

Quelques circonstances étrangères à la maladie, un bain, par exemple, paraissent susceptibles de favoriser le développement de ces taches. C'est du moins ce que l'observation suivante permet de soupçonner.

XXXVIIIe OBSERVATION.

Céphalalgie, douleurs contusives dans les membres, fièvre; au cinquième jour, diarrhée, délire violent, continuel ensuite; raideur spasmodique des membres; éruption abondante de taches roses, lenticulaires, à la sortie du bain; mort au *onzième jour*. — Plaques

elliptiques de l'iléum épaissies, dures, ulcérées ou non ulcérées; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, rouges et ramollies; conduit cystique oblitéré, etc.

Un garçon, âgé de seize ans, bien développé, d'une constitution assez forte, à Paris depuis trois moi fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 12 novembre 1822, dans un délire violent. M. le docteur Hervez de Chegoin qui lui avait donné des soins, me dit qu'il était malade depuis huit jours, que l'affection avait débuté par des maux de tête, des douleurs contusives dans les membres et dans les lombes, une fièvre assez forte, qu'il y avait du délire et du dévoiement depuis trois jours. Dans la nuit du 12 au 13 le délire fut violent, le malade poussa des cris, accabla les sœurs d'injures. Le 13, à l'heure de la visite, il répondait à ceux qui lui demandaient son nom qu'il ne le savait pas; ses paroles étaient presque constamment d'ailleurs inintelligibles, l'ouïe paraissait fine, la physionomie n'offrait rien de remarquable, les lèvres et les dents étaient sèches, la langue brune et rugueuse, le ventre météorisé, insensible à la pression; le pouls petit et serré, à cent vingt-trois; la respiration courte, à quarante-quatre; la toux rare, le bruit respiratoire mêlé de râle sec et sonore, des deux côtés de la poitrine et en arrière. Le malade refusait souvent de boire, et on remarquait *quelques* taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen. (*Orge ed.; petit-lait tamar.* bis; *lav. lin* bis; *vésic. aux jambes.*)

Le délire continua, il n'y eut pas de selles dans la journée, et, dans la nuit, le malade fit de continuels efforts pour sortir du lit. Le 14 : persistance du délire, front plissé; le malade s'oppose à ce qu'on l'examine, frappe ceux qui veulent lui tâter le pouls, *grogne* dès qu'on le touche dans quelque partie du corps que ce soit; l'urine est involontaire.

Le 15, aucun changement appréciable. — On ordonne un bain.

Le malade y fut très agité ; je le vis comme on l'en sortait, et alors sa peau était généralement injectée ; les taches typhoïdes, ou lenticulaires, rares avant le bain, étaient extrêmement nombreuses, confluentes dans plusieurs points, répandues sur tout le tronc et même sur les membres.

Il y eut quelques selles dans la journée, et beaucoup d'agitation pendant la nuit. Le 16, au matin, cette agitation était continuelle, la figure décolorée, les bras raides, l'éruption aussi abondante que la veille, mais d'une couleur moins vive ; le pouls était extrêmement faible, de manière à ne pouvoir pas en compter les battements ; et à onze heures et demie, une heure après avoir quitté le malade, il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Vergetures nombreuses en arrière et sur les côtés du corps, raideur cadavérique considérable ; muscles fermes, non poisseux. — Glandes inguinales rouges et volumineuses.

Tête. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; six dans les fosses occipitales inférieures. Cerveau ferme et très injecté.

Cou. Glandes cervicales rouges et volumineuses, sans ramollissement marqué. Larynx dans l'état naturel. Membrane muqueuse de la trachée-artère rouge, inférieurement, d'ailleurs saine.

Poitrine. Deux cuillerées de sérosité claire dans le péricarde. Cœur et aorte dans l'état naturel : beaucoup de sang.

liquide dans l'aorte. — Poumons libres, d'un rouge assez vif, d'ailleurs sains, sauf le lobe inférieur droit qui était lourd, dense, difficile à déchirer, entièrement privé d'air, non grenu, d'un rouge-brun, et contenait très peu de liquide. — Les bronches étaient de la même couleur que les parties du poumon auxquelles elles répondaient, minces et saines.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac avait un médiocre volume. Sa membrane muqueuse était rouge autour du cardia, légèrement nuancée de rose ailleurs, un peu mamelonnée dans la plus grande partie de son étendue, non épaissie, un peu ramollie dans le voisinage du pylore, dans la longueur de 80 millimètres. — Le duodénum n'offrait rien de remarquable. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était injectée et un peu épaissie dans quelques points, généralement ramollie à un médiocre degré ; elle offrait, dans le voisinage du cœcum, dans la longueur d'un mètre, des plaques elliptiques placées à l'opposite du mésentère, plus ou moins rouges et inégales, de 27 à 65 millimètres, dans leur grand diamètre, de 3 millimètres, un peu plus ou un peu moins, d'épaisseur. La muqueuse était détruite sur quelques-unes de ces plaques, dans une petite étendue, épaissie et ramollie dans le reste, de manière à ne pouvoir être enlevée par traction. Au-dessous de cette membrane se trouvait une matière homogène, blanchâtre, jaunâtre, ou nuancée de rose, développée dans le tissu cellulaire sous-muqueux ; ce dont il était facile de se convaincre au pourtour des plaques, où l'on voyait ce tissu se bifurquer pour recevoir, dans l'écartement de ses lames, la matière indiquée. La surface des plaques, non ulcérées, était inégale, comme l'enveloppé ligneuse des amandes sèches ; ce qui provenait de l'élargissement des orifices des cryptes. —La membrane muqueuse du gros intestin était dans l'état

naturel, à part quelques points du colon droit et de la réunion du gauche avec le transverse, où elle était rouge, ramollie et épaissie par petites taches, plus ou moins étroitement ulcérée. — Les glandes mésentériques avaient généralement un volume considérable, surtout dans le voisinage du cœcum où elles étaient rouges et très ramollies. Quelques-unes des mésocolites étaient aussi le siége de la même altération. —Le foie était sain, la vésicule biliaire très distendue par un liquide de la couleur et la consistance de l'urine; le conduit cystique était oblitéré, à 15 millimètres du col de la vésicule, et transformé, dans la portion oblitérée (longue de 18 millimètres), en une matière cartilagineuse. — La rate était au moins triplée de volume; — le reste sain.

Si l'on se rappelle qu'avant le bain les taches roses, lenticulaires, étaient assez rares, qu'elles étaient très nombreuses au moment où le malade en sortit; si j'ajoute que cette éruption était plus abondante ici que dans aucun des cas où je l'ai observée, on ne pourra guère se refuser à croire, comme je l'ai annoncé, qu'elle ait été provoquée, en grande partie, par l'action du bain.

D'ailleurs, bien que je n'aie pas recherché si le malade avait eu ou non des douleurs de ventre, il n'en est pas moins évident qu'ici encore l'affection a suivi sa marche accutumée, et que, suivant toutes les probabilités, l'intestin grêle était le point de départ de tous les symptômes. En effet, les lésions de cet organe étaient profondes et déjà anciennes, lors de l'autopsie, très certainement antérieures au début de la diarrhée, puisque celle-ci n'existait que depuis six jours, lors du terme fatal, et que, dans aucun des cas où l'intestin grêle a été indubitablement le point de départ, on n'a observé d'ulcérations de ses plaques après un

espace de temps si court. D'un autre côté, si le début de la diarrhée devait être considéré, dans le cas actuel, comme étant le même que celui de l'altération des plaques de Peyer, il faudrait aussi admettre que les taches existaient au quatrième jour de l'affection de l'iléum ; c'est-à-dire plutôt que je ne l'ai observé, dans aucun des cas où le début des premiers symptômes coïncidait évidemment avec celui de l'altération des plaques elliptiques de Peyer.

La marche de la maladie étant bien déterminée, on peut se demander si l'état des organes rend suffisamment compte de la mort ; car aucune des lésions observées n'était extrêmement grave. Le nombre des plaques altérées de l'intestin grêle n'était pas très considérable, la muqueuse intermédiaire n'était pas très ramollie : celle de l'estomac n'était pas profondément alterée, et celle du gros intestin, sauf quelques points rouges ulcérés ou non ulcérés, était saine. Mais si la membrane muqueuse de l'intestin grêle était peu ramollie, elle l'était dans toute sa longueur, et elle était épaissie dans un assez grand nombre de points : le ramollissement et l'état mamelonné de la muqueuse gastrique avaient lieu dans une étendue considérable : la rate, si elle n'était que médiocrement ramollie, était très volumineuse : et si l'on remarque que toutes ces lésions se sont opérées en fort peu de temps, on pourra trouver, dans leur réunion, une cause suffisante de mort.

C'est ici d'ailleurs le cas de se rappeler ce qui a été dit au sujet des fonctions cérébrales et du délire en particulier. Bien qu'on ne puisse en trouver la cause matérielle dans quelques lésions appréciables du cerveau, il faut néanmoins en tenir compte dans la recherche des causes qui ont amené la mort ; le trouble d'une fonction importante ayant à peu

près le même effet, quelle qu'en soit la source, quand il est profond.

L'habitude de considérer comme critiques, beaucoup de phénomènes accessoires qui se développent dans le cours des maladies aiguës, fera peut-être attribuer le même caractère aux taches roses, lenticulaires, dont il s'agit. Ce serait, toutefois, porter bien loin le respect pour l'usage; ces taches ayant ordinairement lieu à une époque assez voisine du début, loin de celle où la maladie doit se terminer heureusement ou malheureusement, quand elle n'est pas encore à son état, comme on dit; ou seulement au début de cette période. Évidemment, les taches roses, lenticulaires, ont tous les caractères des symptômes secondaires étudiés jusqu'ici; elles offrent, comme eux, beaucoup de variations relatives à leur nombre, à leur début, à leur durée; de manière qu'il n'est pas possible de les considérer sous un autre point de vue. Seulement, à raison de leur fréquence extrême dans l'affection typhoïde, il faut reconnaître qu'elles ont ici quelque chose de spécifique, plus encore que les altérations de la rate, qui ne sont pas propres à l'affection qui nous occupe spécialement.

2° *Chez les sujets atteins d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Tous les sujets, hors trois, dont l'affection fut *grave* (cinquante-sept), et qui ont guéri, eurent des taches roses, lenticulaires. Il est d'ailleurs digne de remarque que deux de ces trois sujets n'arrivèrent qu'aux quatorzième et quarantième jour de l'affection, c'est-à-dire à une époque où les taches avaient peut-être disparu; et que chez l'autre je ne les ai cherchées que du septième au onzième jour de la maladie, après lequel l'éruption se manifeste encore assez

souvent. De manière qu'on peut se demander si l'exception indiquée ne serait pas plus apparente que réelle; et avec d'autant plus de raison, que cette éruption eut lieu dans tous les cas où l'affection typhoïde fut légère.

Comme chez les sujets qui ont succombé, on n'observait, dans quelques cas, qu'un petit nombre de taches, cinq à six sur la poitrine et sur l'abdomen, soit simultanément, soit successivement. Dans d'autres, au contraire, l'éruption était fort abondante. Elle avait ce caractère chez douze sujets, dont trois offraient aussi des taches roses, lenticulaires, aux membres, dans le voisinage du tronc.

Le développement de l'éruption était successif, sa disparition souvent très lente, sa durée moyenne huit jours et demi; les termes extrêmes de cette durée trois et quinze jours. Ce dernier fait montre qu'il n'est pas nécessaire, pour s'assurer de l'existence ou du défaut des taches lenticulaires, d'observer la surface du corps tous les jours, qu'on peut se borner à faire cet examen trois à quatre fois la semaine, avec la certitude que l'éruption n'échappera pas, si elle a lieu.

Le début de l'éruption des taches roses, lenticulaires, était sensiblement le même ici et dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste; deux fois je les ai observées au sixième jour de l'affection, trois fois au septième; chez la troisième partie des individus, au dixième. L'éruption débuta du vingtième au trentième jour chez dix sujets.

Elle eut lieu, comme je le disais tout à l'heure, dans tous les cas où l'affection fut *légère;* et ce fait n'est pas seulement l'indice que les taches dont il s'agit ont lieu chez tous ou presque tous les sujets atteints de l'affection qui nous occupe, il montre encore que leur cause est spéciale, différente de celle qui préside au développement des autres

phénomènes secondaires ; la fréquence et la gravité de ceux-ci étant proportionnées à la gravité de la maladie et au mouvement fébrile.

Le début, l'abondance et la durée de l'éruption ne variaient pas moins d'ailleurs chez les malades dont il s'agit, que dans les cas précédents. Je ne l'ai observée qu'une fois au sixième jour de l'affection, une fois le neuvième, trois fois le dixième, deux le onzième ; terme moyen à une époque de la maladie un peu plus avancée que dans les cas où les symptômes étaient graves. — Les termes extrêmes de sa durée étaient trois et dix-sept jours ; le terme moyen sept. C'est-à-dire qu'ils étaient à peu de chose près les mêmes que dans les cas graves.

Il ne m'est arrivé que bien rarement, depuis dix années, de ne pas trouver de taches roses, lenticulaires, dans le cours de l'affection typhoïde. Cependant cette éruption a manqué trois fois sur trente cas de cette maladie observés à la Pitié, dont j'ai rendu compte dans mes conférences cliniques, chez des sujets observés tous les jours avec exactitude, à compter des septième, huitième et quinzième de l'affection. Elle a manqué deux fois sur vingt-quatre malades observés avec non moins d'exactitude, à l'Hôtel-Dieu, dans ces derniers temps. J'ajoute que la durée et le début de l'éruption n'ont pas moins varié dans ces deux groupes de faits que dans les précédents ; que, dans un cas, les taches roses, lenticulaires, ont paru dès le cinquième jour de la maladie ; que, dans un autre, elles ont persisté pendant vingt-cinq ; termes extrêmes que je n'ai pas vu dépassés depuis.

Dans l'*enfance*, les taches roses, lenticulaires, ne sont pas moins fréquentes que chez l'adulte ; ainsi, sur cent vingt-un

cas d'affection typhoïde observés dans le premier âge, M. Taupin n'a vu manquer cette éruption que onze fois, et parmi ces cas s'en trouvent trois relatifs à des sujets qui vinrent à l'hôpital trois semaines et plus après le début de l'affection, chez lesquels, par conséquent, les taches avaient bien pu disparaître. M. Rilliet ne les a observées que dans les deux tiers des cas, sans dire si cela tenait, comme cela est très probable, à l'arrivée tardive des petits malades à l'hôpital.

Quant au début de l'éruption, il paraît un peu plus rapproché de celui de la maladie dans l'enfance, au moins dans la généralité des cas, que dans un âge plus avancé. Ainsi, suivant M. Rilliet et M. Taupin, ce début a généralement lieu du quatrième au huitième jour de l'affection, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard. De manière que M. Taupin assure avoir observé les taches typhoïdes chez quelques enfants, dès le deuxième jour de la maladie.

Disparaissant quelquefois après un ou deux jours de durée, ces taches ne persistaient pas au-delà de huit jours, dit M. Rilliet, chez les petits malades soumis à son observation.

Le même médecin assure que cette éruption est généralement peu abondante dans le premier âge de la vie; que néanmoins elle était considérable chez quatre des sujets soumis à son observation, au point que chez l'un d'eux elle revêtit le caractère d'un exanthème général. Des faits semblables ont été observés par M. Taupin, qui rapporte que chez trois de ses malades l'éruption fut considérable; qu'on crut, pendant trois jours, à l'existence d'une variole confluente. Faits précieux, et qui montrent avec beaucoup d'autres combien la réserve est nécessaire dans le diagnostic de quelques maladies aiguës à leur début.

M. Taupin n'a jamais rencontré les taches lenticulaires

que chez les enfants atteints d'affection typhoïde; et il assure que si M. Becquerel les a vues plusieurs fois dans le cours de la méningite, il ne les a constatées, lui, dans aucun cas de cette espèce, bien qu'il en ait observé plus de deux cents.

2° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïde.*

Je n'ai, malheureusement, examiné la surface du corps des sujets affectés de ces maladies, que dans un petit nombre de cas; mais comme les résultats numériques ont toujours leur importance, voici ce que j'ai observé relativement à l'éruption qui nous occupe. De cinquante sujets atteints de péripneumonie, d'angine, de diarrhée, de rhumatisme, de catarrhe pulmonaire, de fièvre d'accès, de pleurésie, de gastro-entérite, d'embarras gastrique, et chez lesquels j'ai recherché l'existence de l'éruption, douze, ou un peu moins de la quatrième partie, offraient des taches roses, lenticulaires, à une certaine époque de l'affection. Ces cas étaient distribués de la manière suivante : un sur deux péripneumoniques qui succombèrent; deux sur douze diarrhéiques, un sur trois rhumatisants, trois sur huit sujets atteints de catarrhe pulmonaire, un sur quatre de ceux qui eurent une gastro-entérite; quatre sur dix individus qui offrirent les symptômes de l'embarras gastrique plus ou moins prolongé. — L'éruption fut très peu abondante dans ces douze cas.

Ces derniers faits, il faut que je le dise, ne doivent pas inspirer une entière confiance au lecteur; car, depuis la publication de cet ouvrage, j'ai vainement cherché les taches dont il s'agit, chez nombre de malades atteints d'affections aiguës autres que l'affection typhoïde; et je présume

qu'étant moins familiarisé, il y a dix ans, avec les taches typhoïdes, qu'aujourd'hui, j'aurai confondu de simples papules avec l'éruption qui nous occupe; ce qui explique la contradiction apparente que je viens de signaler. C'est, au reste, une question à étudier de nouveau.

2° Des sudamina.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Ces vésicules, formées par l'accumulation d'un liquide incolore et transparent, sous l'épiderme, avaient une forme et des dimensions variées. Petites, ou de la largeur d'un demi à 2 millimètres, elles étaient arrondies; plus larges, ou de 3 à 4 millimètres dans leur grand diamètre, quelquefois plus, elles étaient oblongues, comme les larmes dont elles avaient tout l'aspect quand leurs dimensions étaient considérables. — Généralement plus nombreuses au cou et dans le voisinage de l'articulation scapulo-humérale que partout ailleurs, elles couvraient une grande partie du corps dans un cas où elles étaient fort aplaties; et, dans ce cas, l'épiderme s'enlevait par le plus léger frottement dans leur intervalle, comme cela arrive quelquefois sur le cadavre de certains sujets, de ceux qui ont succombé à quelque maladie éruptive principalement (obs. 16).

Les sudamina ne furent pas, à beaucoup près, dans un rapport constant avec les sueurs: ils étaient quelquefois en raison inverse de celle ci, nombreux quand elles avaient été peu abondantes, et réciproquement. Les sueurs n'étaient donc pas la circonstance la plus importante de celles qui concouraient à leur développement; en sorte qu'il faut admettre qu'ils tiennent à un état de la peau, non encore ap-

précié jusqu'ici. Sous ce point de vue les sudamina me semblent un fait de beaucoup d'importance dans l'histoire de l'affection typhoïde. Par une fatalité que je ne saurais assez regretter, je ne les ai recherchés que chez neuf sujets, dont six seulement, ou les deux tiers, m'en ont offert une plus ou moins grande quantité. Et néanmoins cette proportion, tirée d'un si petit nombre de faits, est bien probablement, comme on le verra tout à l'heure, celle que donnerait encore l'examen d'un nombre de faits plus considérable.

La durée des sudamina variait de trois à dix jours. — Je ne les ai observés, avant le douzième de l'affection, dans aucun cas.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les sudamina eurent lieu chez quatorze des vingt-un sujets dont la maladie fut *grave*, et chez lesquels j'ai recherché leur existence avec soin; c'est-à-dire dans la même proportion que chez ceux qui succombèrent. Comme chez ceux-ci, je ne les ai pas observés avant le douzième jour de l'affection; ils étaient tantôt rares, tantôt nombreux. Deux fois je les ai vus couvrir la plus grande partie de la surface du corps; et, dans leur intervalle, l'épiderme s'enlevait par le moindre frottement, laissant à nu le derme humide, avec une faible nuance rose, bientôt plus vive. Enfin, comme chez les sujets qui ont succombé, les sudamina n'étaient pas non plus dans un rapport constant avec les sueurs, à beaucoup près.

La proportion des cas dans lesquels il y eut des sudamina était encore la même chez les sujets dont l'affection fut *légère*. Huit, sur treize, en offraient un plus ou moins grand

nombre; mais ils ne furent très multipliés chez aucun d'eux. Chez aucun aussi on ne put enlever l'épiderme, dans leur intervalle, avec la facilité dont il a été question tout à l'heure. Cette différence, bien que légère, me semble venir à l'appui de ce que j'ai dit sur la condition principale du développement des sudamina, une altération inconnue de la peau, qui doit être plus développée dans les cas où l'affection est grave, que dans ceux où elle est légère.

De ce que les sudamina sont aussi fréquents dans les cas où la maladie est légère, que dans ceux où elle est grave, faut-il en conclure que cette éruption a, comme celle des taches roses, lenticulaires, quoique à un moindre degré, quelque chose de spécifique dans l'affection typhoïde?

Je n'ai pas observé moins fréquemment les sudamina, chez les sujets atteints d'affection typhoïde, depuis dix années, qu'auparavant, soit à l'Hôtel-Dieu, soit à la Pitié. Sur quatre-vingt-dix-huit cas dans lesquels ils ont été recherchés par M. Barth ou par moi, dans ces deux hôpitaux, soixante-seize sont l'exemple d'une éruption plus ou moins considérable de ces petites vésicules; et, dans ces cas comme dans ceux qui précèdent, il n'y eut pas, il s'en faut de beaucoup, proportion entre l'abondance des sudamina et celle des sueurs; de manière que celles-ci étaient quelquefois très peu abondantes chez les sujets qui offraient une éruption confluente de sudamina.

Les sudamina ne sont pas moins fréquents dans *l'enfance* qu'après quinze ans. M. Rilliet les a rencontrés dans les deux tiers des cas, et M. Taupin, sur cent quatre des cent vingt-un sujets dont il a recueilli l'histoire, tantôt discrets, tantôt confluents. — Suivant M. Taupin, les sudamina se dévelop-

pent à peu près indistinctement à toutes les époques de l'affection typhoïde des enfants, le plus ordinairement néanmoins à la fin. Suivant M. Rilliet, c'est du dixième au vingtième jour qu'ils apparaissent ; de manière qu'il ne les a observés qu'une fois le cinquième, deux fois le septième, une fois le huitième, et après le vingtième jour dans trois cas.—La durée de cette éruption, chez les enfants, est, d'après M. Rilliet, d'un à six jours.

La *desquamation* de l'épiderme eut lieu, dans une étendue variable, dans quelques cas d'affection typhoïde grave, heureusement terminée, même chez des malades qui n'eurent point de sudamina.—Comme ceux-ci, cette desquamation indique sans doute une altération antérieure de la peau, et je regrette beaucoup de ne pas l'avoir recherchée plus souvent.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes.*

De quarante sujets qui eurent des transpirations abondantes, et chez lesquels les sudamina ont été recherchés avec soin, trois seulement m'en ont offert; un sur six malades atteints d'entérite, deux sur cinq qui eurent la scarlatine. Les affections dans le cours desquelles je n'en ai point observé sont les fièvres d'accès, le cararrhe pulmonaire, la péripneumonie, etc.

Si l'on ne peut pas avancer que les sudamina soient propres à l'affection typhoïde, au moins est-il vrai de dire qu'ils sont beaucoup plus communs dans son cours que dans celui des autres affections aiguës; et la rareté des sudamina chez des sujets atteints de ces maladies, et qui avaient eu des sueurs copieuses, confirme les précédentes inductions sur la condition la plus importante du développement des sudamina.

Un fait observé dernièrement par moi, à l'hôpital Beaujon, donne un nouveau degré de certitude à ces inductions qui ne sont, malgré l'assertion contraire d'un contemporain, que l'expression des faits. Je veux parler d'un homme d'une quarantaine d'années, d'une constitution assez forte, qui fut pris, au milieu de l'été, d'un érysipèle au bras droit, qui se termina par suppuration. Cet érysipèle parcourut successivement le dos, la poitrine, les membres supérieurs et inférieurs, et enfin la tête. Arrivé sur les parties latérales du tronc, il était précédé, dans les parties qui allaient en être le siége, par des sudamina d'un volume médiocre (1 ou 2 millimètres de large) assez nombreux. Mais, au moment où l'érysipèle abandonna la poitrine et la tête, ces parties furent couvertes, du jour au lendemain, après une sueur *assez légère*, d'énormes vésicules, remplies d'un liquide transparent, incolore, sans rougeur aucune à leur pourtour, ayant tout à fait le caractère des sudamina; dont plusieurs étaient plus larges que l'extrémité du pouce et communiquaient largement entre elles; de manière qu'on faisait refluer, sans peine, la sérosité qu'elles contenaient, des unes dans les autres. Il y avait à peine quelques points de la face antérieure de la poitrine dont l'épiderme ne fut pas soulevé, et le moindre frottement de l'extrémité du doigt suffisait pour l'enlever, comme cela a lieu dans quelques cas graves de fièvre typhoïde. Comment ne pas voir, dans le fait dont il s'agit, la preuve que l'état particulier de la peau, indépendamment des sueurs, a une grande influence sur le développement du sudamina?

Un autre fait rend cette assertion plus évidente encore, s'il se peut; c'est que dans la suette miliaire, les sudamina, si l'on en croit les observations recueillies par M. Rayer, sont rares.

3° De l'érysipèle.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

L'érysipèle eut lieu chez six sujets, et l'inflammation se propagea rapidement, chez quatre d'entre eux, au tissu cellulaire sous-cutané.— Quatre succombèrent du vingt-quatrième au trentième jour de l'affection, deux au-delà.

L'érysipèle fut peu considérable, disparut après deux jours de durée, dans deux cas. — Le nez en fut le siége exclusif, du dixième au vingt-unième jour de l'affection, dans l'un; dans l'autre, l'inflammation passa du nez à l'un des genoux, et elle les occupa successivement, pendant vingt-quatre à trente-six heures (obs. 19). Il n'y en avait pas de traces à l'ouverture du cadavre, bien que la mort en eût suivi le développement de très près.

Dans les cas où l'érysipèle fut grave, il se manifesta quatre, dix et vingt-huit jours avant le terme fatal.— Il eut une marche très rapide chez un sujet dont je vais donner l'histoire, et se termina par gangrène chez un autre, comme nous l'avons vu antérieurement. — Les symptômes généraux offrirent peu de changement à son début : des frissons eurent lieu dans un cas (obs. 39), un peu de délire dans un autre : le pouls devint plus accéléré qu'auparavant chez un sujet (obs. 16).

XXXIXe OBSERVATION.

Frissons, anorexie, nausées, soif, épistaxis, diarrhée au début; puis, affaissement, météorisme, retour de l'épistaxis, augmentation de l'affaissement; plus tard, frissons, délire, érysipèle à la jambe et à la cuisse droites; mort au *vingt-huitième jour.* — Érysipèle phlegmoneux de la cuisse et de la jambe droites; plaques elliptiques de l'i-

léum grisâtres, rougeâtres et bleuâtres, ulcérées ou non ulcérées; glandes mésentériques correspondantes de même couleur, médiocrement volumineuses et ramollies, etc.

Un garçon de bureau, âgé de vingt-trois ans, un peu maigre, d'une taille asssez haute, d'un caractère vif, fut admis à l'hôpital de la Charité le 23 décembre 1823. A Paris pour la troisième fois, depuis six semaines, il n'y était venu qu'avec répugnance, y ayant toujours été un peu malade. Il avait presque constamment la diarrhée depuis plus d'un mois, se disait souffrant, et gardait le lit depuis douze jours, ayant déjà des maux de tête, depuis quelque temps, à cette époque.

Au début: frissons, épistaxis abondante, anorexie, nausées, augmentation de la soif, déjà plus forte que de coutume depuis cinq semaines. Le mal de tête diminua peu à peu, l'épistaxis se renouvela plusieurs fois, toujours considérable, et il en fut de même des frissons. Il y eut des douleurs à l'épigastre, des coliques dès le premier jour; et, dans les six derniers, un peu de toux, des crachats sanglants, quelques douleurs de gorge, de la gêne dans la déglutition. L'assoupissement fut presque continuel dès le début.

Le 24: affaissement, décubitus, tantôt latéral, tantôt dorsal, mémoire débile; et néanmoins les détails qui précèdent, et qui m'avaient été donnés par le malade, furent confirmés par son père, le lendemain; réponses extrêmement lentes, arrachées pour ainsi dire; assoupissement dès que l'attention cesse d'être soutenue par des questions; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; langue un peu rouge à la pointe, nette et presque sèche; soif vive, déglutition facile, encore qu'il y ait des douleurs de gorge avec tension et rougeur au voile du palais; ventre légèrement météorisé, épigastre sensible à la pression; deux selles;

pouls petit, faible, à quatre-vingt-quatre ; chaleur peu élevée, douce : quelques crachats peu aérés, d'un rouge noir ; toux rare, bruit respiratoire naturel. (*Pot. gomm.*; *orge av. sir. tart.* bis. ; *infus. de kk.* ; *lav. de kk. camph.*)

L'assoupissement fut médiocre, et il y eut des épistaxis assez copieuses dans la journée. Le 25 : même lenteur dans les réponses, un peu moins d'accablement que la veille, constipation, pouls à quatre-vingt-douze ; pas d'autres changements. (*Deux vesic. aux jambes.*)

Du 26 au 29 l'abattement augmenta, le malade ressemblait, pour ainsi dire, à un corps inerte ; la somnolence fut presque continuelle, il y eut des épistaxis, et la lèvre supérieure fut épaisse et tendue. Les 27 et 28, les selles augmentèrent, et il y en eut neuf dans la journée du 28 ; la soif fut vive, la langue presque naturelle, le ventre plat et indolent, le pouls médiocrement accéléré, la chaleur forte. Il y avait des taches roses, lenticulaires, un peu saillantes sur l'abdomen, le 26 ; elles firent des progrès les jours suivants.

L'infusion de quinquina fut supprimée le 30, et il y eut douze selles dans la journée. Le 31 : affaissement médiocre, exercice de l'intelligence incomplet, pouls petit et faible, à cent ; chaleur peu élevée ; langue humide. (*Infus. de kk. id.* bis. ; *pot. av. vin et sir. de kk. aa* 60 *grammes et sulf. de k.* 2 *grammes ; fom. d'alk. camph.* ; *vésic. au cou.*)

L'abattement fut un peu moindre du 1er au 3 janvier. Le malade ne prit que moitié de sa potion le jour où elle lui fut prescrite, et cette potion excita des nausées, puis quelques vomissements. La langue fut blanche le 1er jour, rouge et sèche les 2e et 3e : le ventre toujours indolent, les selles au nombre de six à huit dans la journée ; le pouls petit et faible, à cent vingt, puis à cent six.

Le 3 : air de malaise et de dégoût, nulles douleurs, lèvre

supérieure toujours tendue et épaisse, langue rouge, sèche et râpeuse, bruit respiratoire naturel; légère excoriation au grand trochanter droit, rougeur vive à la région du sacrum. *(Suppression des amers; trois tasses de vin.)*

Dans la journée; frissons et tremblements, selles nombreuses; le 4, aucun changement, même absence de douleurs.

Il y eut, par intervalles, un peu de délire et d'agitation le jour et la nuit. Le 6 : expression de dégoût, rougeur au genou droit et dans son voisinage, à la partie externe de la cuisse, avec une légère augmentation de son volume, sans tension bien marquée de la peau; nulle douleur dans cette partie; pouls à cent vingt-huit, respiration médiocrement fréquente.

La soif fut très vive, il y eut une selle involontaire pendant la nuit. Le 7, au matin, j'observai de la somnolence et de la raideur au bras gauche; le ventre était très météorisé; le reste comme la veille. *(Bain de six minutes.)*

Le malade se trouva bien au bain et eut du délire toute la nuit. Le 8, ses traits étaient affaissés, sa figure pâle, ses bras raides, le gauche principalement; la rougeur du genou droit s'étendait à une grande partie de la cuisse et de la jambe correspondantes; la langue était humide, le pouls très accéléré; un peu de râle sonore existait du côté gauche de la poitrine, à sa partie postérieure.

Le 9, la parole était inintelligible, la cornée transparente couverte d'un enduit muqueux; le pied droit, la jambe et la cuisse du même côté étaient bleuâtres; l'épiderme de ces parties était soulevé dans plusieurs points, enlevé dans d'autres; la couleur bleuâtre, circonscrite dans une assez grande étendue, par une couleur rouge.

Le malade mourut le soir, à six heures, sans avoir pu dire un mot à ses parents qu'il parut reconnaître cependant.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Tout le membre abdominal droit était plus ou moins augmenté de volume, plus ou moins rouge et livide, dépouillé d'épiderme dans plusieurs points ; la peau en était épaissie et durcie. A la partie externe de la cuisse et de la jambe droites, le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré d'une sérosité roussâtre et purulente. Au pied, l'infiltration était sanguinolente et sans pus. La peau correspondante au vésicatoire de la cuisse droite était amincie et grenue ; elle était détruite à gauche, dans la plus grande partie de la plaie du vésicatoire. — Les glandes inguinales droites étaient volumineuses, rougeâtres, et offraient quelques points purulents.

Tête. L'arachnoïde était parfaitement saine ; on trouvait une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, trois dans les fosses occipitales inférieures. La pie-mère était sans injection ; le cerveau dans l'état naturel.

Cou. Le pharynx, l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère n'offraient rien de remarquable.

Poitrine. Il n'y avait ni épanchement, ni adhérences entre les poumons et les plèvres ; une fausse membrane jaune, molle, peu étendue, existait sur le poumon droit. Ce poumon et le gauche étaient mous, d'un rose tendre à leur partie antérieure, d'une teinte rouge plus ou moins foncée en arrière, où ils avaient une consistance assez ferme, sans être ni engoués ni splénisés, ni hépatisés. — Le cœur était d'un petit volume, parfaitement sain d'ailleurs ; l'aorte rem-

plie de sang, d'une couleur naturelle. — Les veines profondes de la cuisse droite ne contenaient pas de pus.

Abdomen. L'œsophage était pâle, offrait 35 millimètres au-dessus du cardia, et dans la hauteur de 45, onze ulcérations ovalaires, verticales, de 4 à 6 millimètres dans leur grand diamètre, à bords pâles, faites comme avec un emporte-pièce. La membrane muqueuse correspondante était entièrement détruite, et le tissu cellulaire sous-muqueux légèrement aminci. — L'estomac était moins volumineux d'un tiers que dans l'état naturel, et il contenait un peu de bile. Sa membrane muqueuse était d'un jaune-obscur mêlé de gris, dans le grand cul-de-sac; d'un gris nuancé de rose le long de sa petite courbure; d'un gris d'autant plus foncé dans le reste de son étendue qu'on l'examinait dans un point plus rapproché de la grande courbure; légèrement mamelonnée près du grand cul-de-sac, où elle était peu ramollie; d'une épaisseur et d'une consistance convenables ailleurs. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus jaune. Sa membrane muqueuse offrait une infinité de petits points gris, était grisâtre universellement, d'une bonne consistance, si ce n'est dans les 7 derniers décimètres de l'iléum, où elle était un peu ramollie. Des plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, à la fois grisâtres, bleuâtres et rougeâtres, minces à leur centre, épaisses de 2 millimètres à leur pourtour, se trouvaient dans cette partie; et cet épaisissement était dû principalament au tissu cellulaire sous-muqueux, qui avait une couleur rouge-livide. La muqueuse qui faisait partie de ces plaques était ramollie et amincie, ou détruite dans quelques points, et dans la largeur de 6 millimètres, sur deux des plus voisines du cœcum. — Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales pultacées. Sa membrane muqueuse était

pâle, un peu ramollie, et offrait un certain nombre de cryptes grisâtres, aplaties, dont quelques-unes étaient légèrement ulcérées dans le voisinage de la rate. — Les glandes mésentériques, correspondantes à l'iléum, étaient grisâtres et bleuâtres, du volume d'une noisette, médiocrement ramollies. — Le foie était sain ; la bile de la vésicule abondante, très liquide, d'un jaune-clair. — La rate était dans l'état normal, sauf un léger excès de volume. — Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

C'est seulement quatre jours avant le terme fatal que j'ai observé, pour la première fois, l'érysipèle, qui était alors borné au genou droit et au bas de la cuisse du même côté. En supposant qu'à cette époque il existât depuis deux jours, ce qui est indiqué par les frissons éprouvés par le malade, sa marche n'en aura pas moins été extrêmement rapide, et il est remarquable que malgré cette marche rarapide et la période avancée de l'affection à laquelle l'érysipèle se déclara, la peau qui en était le siége, était rouge, dure, épaisse, à l'ouverture du corps, et la rougeur bien circonscrite : nouvelle preuve de la persistance des caractères de l'inflammation après la mort, quand elle existe réellement dans les derniers jours de la vie.

Le malade n'éprouva aucune douleur dans la partie enflammée, et cette absence de douleur doit être remarquée, vu que si l'inflammation eût été profonde, qu'il n'eût pas été possible de voir l'organe enflammé, on n'aurait peut-être eu aucun moyen d'en reconnaître le siége ; je ne dis pas l'existence, les frissons, qui eurent lieu six jours avant la mort, pouvant faire soupçonner le développement d'une nouvelle lésion.

On ne saurait d'ailleurs considérer le vésicatoire de la

cuisse droite comme la cause de l'érysipèle, celui du côté gauche, qui fut suivi de la destruction de la peau dans une étendue considérable, n'y ayantpas donné lieu ; et si les causes occasionelles ont eu ici quelque influence sur le développement de l'affection, il serait plus naturel de les chercher dans le décubitus habituel du malade sur le côté droit. Mais ce qui prouve qu'il faut très peu attribuer ici aux causes occasionnelles, et notamment à l'irritation artificielle de la peau, c'est que l'érysipèle ne s'est développé dans aucun des cas dont il s'agit autour des vésicatoires, à quelque époque de la maladie et en quelque nombre qu'ils aient été appliqués.

Quant aux causes de la mort, la principale est évidemment l'érysipèle ; car le nombre des plaques de l'iléum qui étaient altérées était peu considérable ; et leur couleur, comme celle des glandes mésentériques correspondantes, indique que la nature suivait à leur égard, depuis quelque temps, une marche rétrograde. La membrane muqueuse de l'intestin grêle, à part les 7 décimètres les plus voisins du cœcum, était d'une consistance et d'une épaisseur convenables, celle du gros intestin n'offrait que quelques altérations partielles, et l'état des autres viscères n'avait rien de remarquable.

La marche de la maladie fut encore la même que dans les précédentes observations, puisque les lésions de l'intestin grêle, qui avaient déjà rétrogradé au moment de la mort, étaient évidemment les plus anciennes. Toutefois, ici, comme dans d'autres cas dont il a été question plus haut, on peut se demander à quelle époque l'affection typhoïde a débuté, le malade ayant eu presque toujours du dévoiement depuis son arrivée à Paris, cinq semaines avant son admission à l'hôpital. J'ai fixé cette époque au moment où des

symptômes généraux se joignirent à la diarrhée, et je crois cette fixation fondée; car un dévoiement sans fièvre, sans diminution évidente de l'appétit, sans le moindre symptômes cérébral, ne peut être rapporté à la lésion qui constitue le caractère anatomique de l'affection typhoïde. J'ajoute que si le début de la diarrhée, si commune chez ceux qui arrivent à Paris, suffisait pour établir celui de la maladie qui nous occupe, on devrait la faire remonter à une époque antérieure, de cinq semaines, à l'admission du sujet à l'hôpital; ce qui me parait inadmissible.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Trois de ceux dont l'affection fut *grave*, eurent un érysipèle; l'un au quinzième jour de la maladie, les deux autres aux trentième et quarante-cinquième; c'est-à-dire, dans ce dernier cas, au commencement de la convalescence. — La marche de l'érysipèle fut plus rapide dans ces cas que dans ceux où il se développe chez des sujets bien portants; et, chez deux femmes qui en furent atteintes, il eut son siége à la face, siége qu'il affecte le plus ordinairement quand il se déclare de prime abord. En sorte que le mouvement fébrile ne fit que mettre en jeu, comme les causes les plus ordinaires, une prédisposition.

Aucun des sujets dont l'affection typhoïde fut *légère* n'eut d'érysipèle. Un seul eut l'avant-bras droit d'un rouge assez vif, sans épaississement, sans dureté de la peau, pendant un jour, au vingtième de la maladie.

Ainsi, les lésions graves de la peau étaient, comme les altérations secondaires des autres organes, plus fréquentes chez les sujets qui succombèrent, que chez ceux qui gué-

rirent, et, parmi ceux-ci, chez les malades dont l'affection fut grave, que chez ceux qui n'éprouvèrent que de légers symptômes.

MM. Rilliet et Taupin n'ont probablement pas observé d'érysipèle dans le cours de l'affection typhoïde chez les *enfants*, car ils n'en font pas mention; et cela n'a rien de surprenant pour qui sait la rareté de l'érysipèle dans le premier âge.

3° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Trois des trente-six *pneumoniques qui ont succombé*, eurent un érysipèle à l'un des bras, deux et trois jours après la saignée qu'on y avait pratiquée. — Bien que je n'aie rien observé de semblable, dans des circonstances analogues, chez les sujets atteints d'affection typhoïde, on ne peut guère douter que la saignée n'ait été, dans ces trois cas, la cause occasionnelle de l'érysipèle; mais aussi, cette faible cause d'un effet considérable atteste, il faut le dire, une prédisposition extrême chez les sujets dont il s'agit, puisque dans nombre de cas de la même espèce, où des saignées ont été faites et des vésicatoires appliqués à une ou plusieurs reprises, la peau n'a pas été enflammée.

Un seul des cinquante-sept *peripneumoniques qui ont guéri* eut un érysipèle au bras, et encore à la suite d'une saignée. — La même affection eut lieu chez un des douze sujets atteints de *variole* qui ont guéri : et cette rareté de l'érysipèle, dans une maladie où la peau est partiellement enflammée dans une infinité de points, est une des preuves les plus incontestables de la nécessité des prédispositions, sans lesquelles les causes de maladies, les plus éner-

giques en apparence, sont sans action; comme les plus légères suscitent les affections les plus graves, quand elles s'appliquent à des sujets qui y sont très prédisposés. — Il y eut un érysipèle au nez, du neuvième au treizième jour d'une *angine gutturale ;* et au sein gauche, chez une femme atteinte d'un *rhumatisme*, au quarantième jour de l'affection.

4° Éruptions variées, plaies des vésicatoires, eschares.

Les *éruptions variées* dont il s'agit n'ont pas eu lieu dans le cours de l'affection typhoïde, au moins n'en ai-je pas fait mention dans mes notes, ce que je ne crois pas cependant une omission. Elles se montrèrent chez quelques-uns des sujets atteints d'autres maladies aiguës, de la manière suivante. J'observai des plaques semblables à celles de l'*érythema marginatum*, du douzième au quinzième jour d'une affection rhumatismale; une *éruption ortiee*, à peu près à la même époque, dans un cas de catarrhe pulmonaire; — des *boutons rouges*, non suppurants, dans le cours d'un autre cas de rhumatisme; — des *taches rouges* de largeur variée, sans altération de la souplesse de la peau, du quatrième au neuvième jour d'une angine gutturale; — des *boutons purulents* ou des *vésicules d'herpes* aux lèvres, ou à la base du nez, ou dans d'autres parties du corps, dans sept cas d'érysipèle, d'entérite, d'angine, et de catarrhe pulmonaire; généralement au milieu du cours de ces affections, quelquefois en-deçà, quelquefois au-delà, pendant un espace de temps qui a varié de trois à six jours. En sorte que ces diverses éruptions débutaient à peu près à la même époque, à celle où se manifestent ordinairement les autres symptômes secondaires; qu'il n'y a aucune raison, dès-lors, de les en-

visager d'une manière différente ; que si ceux-ci ne sont pas critiques, les autres ne peuvent pas, ce me semble, être considérés comme tels.

Chez les sujets atteints d'affection typhoïde *grave* qui ont guéri, la peau sur laquelle avaient été appliqués des *vésicatoires* offrit un plus ou moins grand nombre d'ulcérations, dans la huitième partie des cas ; de sept à douze jours après leur application ; proportion moindre que chez les sujets qui ont succombé (1). La peau fut entièrement détruite chez une jeune fille dont l'affection traîna en longueur, et dont il a été parlé plus haut (2).

Les vésicatoires n'offrirent rien de remarquable chez les individus dont la maladie fut *légère*.

La peau sur laquelle on les avait appliqués était superficiellement ulcérée dans un cas de *pleuro-péripneumonie*, où la suppuration était entretenue depuis plusieurs semaines.

Comme les membranes muqueuses, la peau témoignait donc d'une profonde disposition à l'ulcération dans le cours de l'affection qui nous occupe spécialement, même chez les sujets dont la maladie eut une heureuse issue.

Des *eschares* superficielles au sacrum eurent lieu, chez deux individus atteints d'affection typhoïde *grave*, qui ont guéri. Elles furent assez larges et profondes chez un autre, et se développèrent aux dix-neuvième et vingt-septième jour de l'affection. — Il n'y en eut chez aucun de ceux qui guérirent d'autres maladies aiguës.

Dans l'*enfance*, comme au-delà de quinze ans, les es-

(1) Pag. 576 du premier volume.
(2) Pag. 76 de ce vol.

chares sont fréquentes dans les cas graves d'affection typhoïde. MM. Rilliet et Taupin les ont observées dans une proportion à peu près égale ; M. Taupin chez sept des sujets qu'il a observés, toujours à une période avancée de la maladie et dans la forme adynamique, le plus ordinairement au sacrum. M. Rilliet a vu des eschares au sacrum chez deux sujets qui ont succombé, et chez trois qui ont guéri, du dix-septième au cinquantième jour de l'affection. Ces eschares étaient ordinairement limitées et peu profondes.

ARTICLE IX.

Des symptômes fébriles, proprement dits.

Ces symptômes, dont l'ensemble forme ce qu'on est convenu d'appeler fièvre, comprennent le frisson, la chaleur, la sueur et les différents états du pouls. Objet de l'attention de tous les médecins, ils doivent fixer la nôtre d'une manière spéciale, puisque, d'après ce qui précède, le nombre et la profondeur des lésions accessoires leur sont proportionnés ; que l'altération de la circulation, à laquelle ils se rattachent en partie, semble en être la cause *excitante*. Nous allons les étudier successivement.

§ 1.

Des frissons.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Trente-un des trente-trois sujets sur lesquels j'ai pu recueillir des renseignements exacts sur le point qui nous occupe, eurent des frissons ; et tous, à six exceptions près, dès le début, à diverses époques de la journée, le plus ordi-

nairement pendant le jour, quelquefois au milieu du repas ou pendant la nuit. Souvent faibles, ils furent forts et accompagnés de tremblement chez la quatrième partie des malades.

Cinq n'en éprouvèrent qu'un; ils furent plus ou moins répétés chez les autres, dans les saisons froides comme dans les saisons chaudes. Quatorze en eurent fréquemment, les huit ou dix premiers jours de l'affection; six pendant l'espace de deux à trois semaines et plus (obs. 5, 7, 15, 21, 43, 44). Ils conservaient généralement, dans leur retour, le caractère qu'ils offraient à leur début, avaient ordinairement lieu le soir, quand les malades se mettaient au lit, ou après le repas, chez quelques-uns de ceux qui n'avaient pas entièrement perdu l'appétit; ce qui indique qu'ils tenaient peut-être assez souvent à des erreurs de régime : et ils cessaient du moment où les malades étaient admis à l'hôpital, malgré la température assez basse qui y règne en hiver. Ils ne reparaissaient que rarement dans la suite, et ils signalaient, alors, le début de quelque lésion secondaire plus ou moins grave, comme dans la précédente observation; tandis que leur retour, dans les premiers temps de la maladie, paraissait avoir une autre cause, les lésions dont il s'agit n'étant pas plus nombreuses dans les cas où les frissons avaient été répétés, que dans ceux où il n'y en avait eu qu'un seul.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Tous les malades dont l'affection fut *grave*, si l'on en excepte trois sur quarante-cinq, eurent des frissons, ou une grande sensibilité au froid. Six étaient dans ce dernier cas. Neuf eurent un seul frisson. Il se répéta plusieurs fois, pendant l'espace de huit à quinze jours, chez les autres, dans

les mêmes circonstances que chez les sujets qui succombèrent. Il cessa aussi lors de leur admission à l'hôpital, fut fort ou faible dans une proportion presque égale.

Vingt-quatre des trente-un sujets dont l'affection fut *légère* eurent des frissons. Ils n'eurent lieu qu'une seule fois dans quatre cas, se répétèrent pendant un espace de temps à peu près égal à celui dont il a été question plus haut, dans les autres; et deux fois régulièrement, à midi, du premier au seizième jour de l'affection, et du huitième au onzième. A quatre exceptions près, ils débutèrent le premier jour de la maladie. Ils furent assez considérables chez trois individus.

Le frisson, et souvent un frisson violent, est un des symptômes les plus ordinaires de l'affection typhoïde chez les *enfants*. Il a eu lieu dans soixante-trois des cent quinze cas observés par M. Taupin, qui remarque, avec raison, que le frisson a peut-être échappé aux parents dans les trente-un autres cas. D'ailleurs, chez l'enfant comme chez l'adulte, le frisson est un des premiers symptômes qui se manifestent, et souvent il se répète plusieurs jours de suite, à des heures irrégulières.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Dix-neuf péripneumoniques, sur vingt-cinq, eurent des frissons; trois, les deuxième et troisième jour de la maladie, les autres, le jour même de son début; quelquefois avant l'apparition de la douleur, et, dans un cas, un jour entier avant celle de toute espèce de symptôme qui pût indiquer une affection quelconque des poumons: ce qui semblerait

annoncer qu'il y a eu ici des prodromes (1). Les frissons ne se renouvelèrent que chez un petit nombre de sujets dans les premiers jours de l'affection. Et quand ils parurent à une époque plus ou moins avancée, c'était au début de quelque lésion secondaire, d'une entérite plus ou moins intense, par exemple.

Ils manquèrent chez la troisième partie des individus qui moururent d'autres maladies inflammatoires.

2° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Quarante-cinq *péripneumoniques*, sur cinquante-quatre, eurent des frissons. L'un d'eux, quelques heures après le développement de la chaleur; quatre, après trois et quatre jours d'un malaise qui n'annonçait rien de redoutable; les autres, dès le début des symptômes caractéristiques de l'affection. — Les frissons se renouvelèrent chez onze malades, pendant trois et quatre jours, et ils cessèrent, comme dans le cours de l'affection typhoïde, dès l'entrée des malades à l'hôpital.

Ils eurent lieu chez un peu plus de la moitié des sujets atteints de *variole*, ordinairement dès le début, deux fois les onzième et dix-septième jour, et ils se renouvelèrent plusieurs fois de suite dans la majorité des cas.

(1) Ces prodromes, dont il serait si intéressant de constater rigoureusement l'existence et la proportion, loin de répugner à la raison sont indiqués par elle. La plupart de nos maladies se déclarent, en effet, sans cause appréciable, ce qui semble révéler l'existence de causes longtemps cachées qui agissent sourdement, et qui doivent se manifester quelquefois par des symptômes généraux, avant d'agir sur un organe particulier d'une manière évidente.

Les deux tiers des malades qui eurent la *scarlatine* ou la *rougeole*, éprouvèrent des frissons du premier au cinquième jour de ces affections, le plus ordinairement plusieurs jours de suite; et les frissons furent généralement plus légers dans leur cours, que dans celui des maladies précédentes.

Vingt-quatre sujets, sur trente-huit, atteints d'*érysipèle*, eurent des frissons; et, presque tous, les premiers jours de la maladie; quelques-uns (six) du deuxième au cinquième, et ordinairement à plusieurs reprises. Ceux qui n'en eurent pas, furent, à une exception près, malades dans les mois les plus chauds de l'année; ce qui indique l'influence de la température atmosphérique sur le développement du frisson, au moins dans l'érysipèle; car cette influence n'était pas sensible, comme nous l'avons vu, chez les malades atteints d'affection typhoïde.

Il y eut encore des frissons chez les deux tiers des individus malades de *rhumatisme* ou d'*angine gutturale*, presque toujours dès le début. Ils se renouvelèrent plusieurs fois chez quelques sujets, par l'application d'un léger froid extérieur, ou sans cause appréciable, et, dans un cas de rhumatisme, il y eut des tremblements. — Un frisson quotidien, régulier, eut lieu chez une femme atteinte de la même maladie, un peu avant la convalescence, et ne céda qu'au sulfate de quinine. — Les cas où il n'y eut pas de frissons furent également partagés entre les saisons froides et les saisons chaudes.

Soixante-quatre des soixante-dix sujets atteints de *catarrhe pulmonaire* eurent des frissons; trente-trois le premier jour de la maladie, les autres du deuxième au quatorzième; et la majeure partie, les trois quarts environ, à plusieurs reprises. Ces frissons reparurent à des intervalles réguliers, dans huit cas, et ils se dissipèrent spontanément le

lende main de l'admission des malades à l'hôpital, ou peu après.

Les deux tiers des individus affectés d'*entérite* eurent des frissons (soixante sur quatre-vingt-quatre); presque tous, le premier jour de la maladie, quelques uns (un sixième) du deuxième au douzième. Les frissons manquèrent dans la même proportion chez les sujets dont l'affection fut grave et chez ceux qui ne l'eurent qu'à un médiocre degré; ils se renouvelèrent à plusieurs reprises dans la moitié des cas, et cinq fois d'une manière régulière, sous forme quotidienne ou tierce. Ils ne cédèrent, dans ces trois cas, qu'au quinquina.

Des frissons passagers, sans chaleur consécutive, eurent lieu chez la sixième partie des sujets atteints de *colique métallique*. Ce symptôme n'eut quelque intensité que dans un cas, sans que j'aie pu m'en rendre compte.

Bien que le frisson n'offrît pas de différences aussi remarquables chez les individus affectés des maladies que nous venons de parcourir, que les autres symptômes communs, il est vrai de dire néanmoins qu'il était généralement plus considérable et plus fréquent dans les maladies graves que dans les affections légères; et il est digne de remarque qu'il n'était sujet à des retours réguliers que dans celles de ce dernier caractère, quels qu'en fussent d'ailleurs la nature et le siége.

§ 2.

De la chaleur et des sueurs.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Aux frissons succédait, dans tous les cas, une chaleur forte, souvent brûlante. Elle fut médiocrement éle-

vée, dans la majeure partie du cours de l'affection, chez un peu moins du tiers des sujets; considérable chez les deux autres, sans que d'ailleurs l'accélération du pouls lui fût constamment proportionnée: ce qui indique, ce me semble, que chez ces sujets et dans cette période de la maladie, la chaleur dépendait peut-être, en partie, d'une altération spéciale de la peau, d'autant plus remarquable qu'elle ne pouvait être attribuée à l'inflammation.

Ce fait est en effet digne d'attention, en ce qu'il montre qu'il n'est pas possible de conclure l'inflammation d'après un symptôme unique, sans s'exposer à de graves erreurs, et que les conclusions par analogie n'y conduisent guère moins sûrement. Car quoi de plus naturel, en apparence, que de regarder comme enflammé un organe dont les fonctions sont dérangées, et qui est le siége d'un sentiment de chaleur? Et néanmoins, ce qui vient d'être dit de la température de la peau, montre que cette conclusion n'est pas rigoureuse, à beaucoup près.

D'ailleurs, loin d'être constamment uniforme, la chaleur variait assez souvent chez le même sujet; de manière qu'après avoir été considérable pendant un certain espace de temps, elle diminua beaucoup dans les huit ou dix derniers jours de la vie, ou même plus, chez huit des malades qui nous occupent.

Presque toujours sèche dans la quatrième partie des cas, elle était accompagnée de sueurs plus ou moins copieuses dans les autres, ordinairement après le redoublement du soir, ou bien, la nuit, pendant le sommeil. Dans quelques cas aussi, chez les sujets dont la peau était plus ou moins injectée dans les premiers temps de la maladie, la chaleur était médiocrement élevée, la moiteur presque continuelle.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Dans les cas où l'affection fut *grave*, la chaleur s'établit à peu près de la même manière que chez les individus qui succombèrent : elle offrit les mêmes nuances, fut forte chez la moitié des sujets, ordinairement sèche le jour et une partie de la nuit ; tandis que, dans l'autre moitié, il y avait presque constamment des sueurs qui n'étaient pas plus influencées par le dévoiement, et n'agissaient pas davantage sur lui, que dans les cas où l'issue de la maladie avait été funeste.— On ne pouvait pas non plus attribuer à ces sueurs un caractère critique, la troisième partie des sujets en ayant éprouvé dès le début, et, plusieurs d'entre eux, à un degré beaucoup plus remarquable alors, dans l'espace de huit jours, qu'à aucune autre époque de l'affection.

Loin d'être toujours proportionnées à la chaleur, les sueurs étaient assez souvent en raison inverse de celle-ci. Leur durée et leur prolongation, dans la convalescence, furent surtout dignes d'attention. Elles eurent lieu à un remarquable degré, à cette époque, chez dix sujets, pendant un espace de temps qui varia de dix à quinze jours, et ordinairement la nuit. Elles empêchaient le rétablissement des forces, résistaient aux infusions amères ou aromatiques, et elles n'eurent lieu, pendant l'été, que chez deux malades.

Dans les cas où l'affection fut *légère*, la chaleur était rarement intense, les sueurs étaient un peu moindres que chez les sujets dont il vient d'être question, et elles se prolongèrent dans la convalescence, pendant un espace de temps considérable, chez trois d'entre eux, dont l'un

était malade en été. Elles durèrent dix huit jours chez le sujet dont la diarrhée offrit le plus d'opiniâtreté.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

La chaleur fut moins sèche et rarement aussi forte chez les *péripneumoniques*, que chez les sujets emportés par l'affection typhoïde. La plupart eurent pendant la nuit, et pendant une grande partie de la durée de l'affection, des sueurs plus ou moins copieuses. — La chaleur fut plus considérable dans l'*arachnitis* que dans les autres affections cérébrales.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Tous les *péripneumoniques* eurent, pendant cinq à six jours, une chaleur plus ou moins forte, presque toujours proportionnée à l'accélération du pouls, bien moins élevée, néanmoins, que dans la plupart des cas d'affection typhoïde; généralement douce; et, si j'en excepte trois sujets, elle ne s'est pas prolongée au-delà de huit à dix jours. — A la chaleur se joignaient, chez presque tous les malades, des sueurs copieuses dans les premiers jours de l'affection. Chez quelques-uns aussi, après avoir été abondantes au début, les sueurs ne reparaissaient que cinq à six jours après, et quelquefois plus, quand le mouvement fébrile était diminué. Elles avaient ordinairement lieu pendant la nuit, et elles furent très considérables chez la quatrième partie des sujets, qui étaient alors dans l'obligation de changer plusieurs fois de linge, quelques-uns quatre, cinq et six fois, pendant la nuit. Et, cela est bien digne d'être remarqué, dans six de ces cas où les sueurs furent extrêmement copieu-

ses, il n'y eut pas de sudamina ; et, dans aucun, les sueurs ne se prolongèrent dans la convalescence.

La chaleur et les sueurs furent considérables chez tous les sujets atteints de *scarlatine*, hors deux, dans les premiers jours de l'affection. — Les sueurs furent un peu moindres dans la *rougeole :* mais, comme dans la scarlatine, elles eurent lieu dès le commencement de la maladie. On ne pouvait pas, dès-lors, considérer comme critiques les sueurs des malades atteints de ces affections.

L'augmentation de la chaleur ne fut sensible que pendant vingt-quatre heures, chez sept des trente-huit sujets qui furent atteints d'*érysipèle à la face*. Elle fut considérable chez les autres, pendant un espace de temps qui a varié de quatre à huit jours. — Les sueurs lui furent généralement proportionnées. Elles manquèrent ou n'eurent lieu qu'une seule fois, chez treize sujets, à l'époque de la diminution des symptômes ; elles furent plus ou moins copieuses dans les autres cas où elles débutèrent le premier jour de la maladie, plus rarement le second, et elles se répétèrent cinq à six jours de suite, ordinairement le matin. Elles ne se prolongèrent davantage (pendant dix-huit jours), que chez deux sujets, dont l'un eut beaucoup de diarrhée, tandis que chez l'autre l'érysipèle parcourut successivement presque toute la surface du corps : et chez ce dernier les sueurs ne s'arrêtèrent qu'au moment où l'érysipèle cessa de faire des progrès. — Les sueurs qui se prolongent dans la convalescence de l'affection typhoïde indiqueraient-elles, dans quelques cas du moins, un reste d'irritation dans un organe plus ou moins profondément placé ?

La chaleur fut plus ou moins élevée, chez quarante-sept des cinquante-cinq sujets atteints de *rhumatisme*, et géné-

ralement proportionnée à la douleur, augmentant et diminuant avec elle. — Des sueurs eurent lieu chez un peu plus des quatre cinquièmes des malades, et elles débutèrent le premier jour de l'affection, dans treize cas où elles furent très copieuses et comparables à celles de quelques péripneumoniques, dont il a été question plus haut.

La chaleur fut généralement peu considérable, elle ne me parut pas sensiblement augmentée chez dix-neuf des sujets atteints de *catarrhe pulmonaire*; elle le fut à un médiocre degré chez les autres, au nombre de cinquante; et cette légère augmentation cessa deux ou trois jours après l'admission des malades à l'hôpital. — Tous, hors dix, eurent des sueurs plus ou moins copieuses, et, les deux tiers d'entre eux, dès le début de l'affection; ce qui repousse, ce me semble, toute idée d'effort critique.

Soixante des quatre-vingt-quatre malades atteints d'*entérite* proprement dite, eurent un peu plus de chaleur que dans l'état normal. La chaleur fut naturelle ou ne s'éleva que momentanément, chez les autres, quand une circonstance particulière, comme le frisson, excitait une réaction; et ce défaut de chaleur était plus commun dans les cas où la diarrhée fut forte, que dans ceux où elle fut légère. En sorte qu'à supposer l'inflammation de la muqueuse intestinale proportionnée au nombre des selles, elle aurait produit des effets inverses de ceux qu'elle détermine ordinairement, une chaleur d'autant moindre qu'elle était plus considérable : contradiction qui n'est qu'apparente et sur laquelle je reviendrai dans la suite. Dans les cas où la chaleur était augmentée, elle était surtout considérable le soir ou pendant la nuit.

Les sueurs eurent lieu plus souvent que l'élévation de la température, dans le cours de la diarrhée; elles ne man-

quèrent que dans six cas, et à peu près dans la même proportion chez les sujets dont la diarrhée fut considérable et chez ceux qui ne l'eurent qu'à un médiocre degré. Elles débutèrent le premier jour de l'affection, chez la troisième partie des malades, à des époques variées chez les autres, quel que fût le degré de la maladie. Elles avaient principalement lieu la nuit, duraient quatre, cinq, six, huit jours, et plus; étaient souvent copieuses, au point d'obliger les malades à changer plusieurs fois de linge dans l'espace de vingt-quatre heures. Et ce qu'il y a de vraiment remarquable, ces sueurs copieuses étaient d'autant plus fréquentes que le nombre des selles était plus considérable; en sorte qu'elles eurent lieu chez la moitié des individus qui se trouvaient dans ce cas, ou dix-sept fois sur trente-six.

Après ces faits et tant d'autres du même genre (1), il est impossible de croire à un balancement de fonctions entre la membrane muqueuse de l'intestin et la peau, dans l'état de maladie; et l'on ne peut voir dans les sueurs, en général, que l'effet d'une action sympathique semblable à celle qui s'exerce sur une foule d'autres organes, dès que l'un d'eux est le siège d'une lésion plus ou moins grave. Et quand on réfléchit au faible degré du mouvement fébrile qu'offrent beaucoup de sujets atteints de diarrhée forte, à la prompte disparition des symptômes qu'ils éprouvent, à la brièveté de leur convalescence, on est porté à croire que la membrane muqueuse de l'intestin est généralement très peu altérée dans l'entérite proprement dite, et dans un état qui ne diffère peut-être pas beaucoup de celui de la peau quand elle est le siége d'une sueur copieuse.

En résumé, non-seulement les sueurs n'étaient pas en

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 211.

raison inverse de la diarrhée, dans les maladies aiguës dont il vient d'être question, mais elles augmentaient et diminuaient ordinairement avec elle. On ne pouvait, dans la très grande majorité des cas, leur attribuer un caractère critique, puisqu'elles débutaient avec la maladie dans le cours de laquelle on les observait, ou peu après; et elles n'étaient pas toujours proportionnées à la chaleur, qui était plus considérable dans l'affection typhoïde que dans toute autre maladie.

§ 3.

Du pouls.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le pouls fut généralement étroit dans la moitié des cas, tout le temps que les malades furent soumis à mon observation, après le neuvième jour de la maladie, ou chez vingt des quarante-un sujets qui furent examinés assez de temps, pour qu'il soit convenable d'en faire mention ici. Et cette étroitesse ne pouvait pas être attribuée au traitement, aux toniques en particulier; soit parce que les toniques ne furent pas prescrits dans tous les cas, soit parce qu'ils le furent aussi fréquemment aux malades dont le pouls offrit des caractères différents. Il fut assez large et plein, jusque dans les derniers jours de la vie, chez treize sujets (obs. 1, 8, 11, 14, 22, 32, 33, 35, 36, 37, 42, 46); il conserva encore plus longtemps ce caractère, et l'offrit à un plus haut degré, dans huit autres cas (obs. 18, 19, 25, 26, 28, 29).

Le pouls n'offrit pas de moindres variations relativement à la fréquence. Il fut peu accéléré, dans huit cas, tout le temps que les malades furent soumis à mon observation, ou dans

les huit ou quinze derniers jours qui précédèrent le terme fatal (obs. 1, 25, 29, 35, 37, 44, 45); c'est-à-dire qu'alors il ne battait que quatre-vingts à quatre-vingt-dix fois par minute; sorte de calme que des potions toniques très fortes ne dérangeaient pas sensiblement, qui eut lieu dans une proportion à peu près égale chez les sujets emportés du quinzième au vingtième jour de l'affection et chez ceux qui succombèrent dans les deux périodes suivantes, tous d'une constitution plus ou moins forte et du sexe masculin. Chez les autres le pouls battit généralement plus de cent fois par minute, dans les dix derniers jours de la vie, et même pendant un espace de temps plus considérable. Il fut à cent vingt et au-delà, du huitième au vingtième jour de l'affection, chez un sujet qui mourut à cette dernière époque; et il tomba de cent cinquante à cent seize, dans les six derniers jours de la vie, dans un autre cas où il fut toujours faible et régulier (obs. 31).

Cette régularité avait lieu chez la plupart des malades, de manière que je n'ai trouvé le pouls intermittent ou irrégulier, que chez sept d'entre eux, à des époques variées de l'affection, et pour peu de temps (obs. 2, 3, 13, 21, 30, 33, 43).

J'ai cherché s'il n'y avait pas quelque rapport entre les divers caractères du pouls et les deux principaux états du cœur, et voici ce que j'ai trouvé. Des quarante-un sujets dont le pouls fut convenablement observé, treize avaient le cœur ramolli, et presque tous à un degré remarquable. D'un autre côté, onze des dix-sept malades dont le pouls fut inégal, irrégulier, intermittent, petit, faible, tremblottant, enfoncé, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, avaient le cœur ramolli. C'est-à-dire que dans presque tous les cas où ce ramollissement existait, le pouls avait offert un ou plusieurs des caractères qui viennent

d'être rappelés ; que le cœur n'était dans l'état naturel, que dans la troisième partie des cas où ces caractères du pouls avaient lieu.

Cette coïncidence est d'autant plus digne d'attention qu'elle confirme ce qui a été dit plus haut sur l'époque à laquelle commence le ramollissement du cœur dans un certain nombre de cas : qu'il semble en résulter assez clairement, en effet, que si ce ramollissement est la suite de la décomposition cadavérique commençante, chez quelques sujets, il débute aussi, chez d'autres, pendant la vie, ou est favorisé, dans son développement après la mort, par des circonstances indépendantes de l'élévation de la chaleur ; circonstances dont nous ignorons la nature, mais dont il ne serait pas impossible de reconnaître l'existence, pendant la vie, par l'état de la circulation. — Et si ces réflexions étaient fondées, il en découlerait encore, comme conséquence, la possibilité de reconnaître, au moins d'une manière approximative, et dans un certain nombre de cas, le moment où débute le ramollissement du cœur ; puisqu'il devrait être le même que celui où le pouls commence à offrir les caractères indiqués En partant de ce principe, le ramollissement qui nous occupe aurait débuté, ou bien, les causes inconnues qui en favorisent le développement après la mort auraient commencé à se manifester, quatre, sept, dix et vingt jours avant la mort, chez les sujets dont il s'agit ; c'est-à-dire à des époques non moins variées que toutes les autres lésions secondaires, et en particulier celles de la peau.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Le pouls fut large dans onze des cinquante-sept cas où la

maladie fut *grave*, tout le temps que les sujets furent soumis à mon observation; c'est-à-dire pendant un intervalle qui a varié de six à quinze jours. Il fut petit et serré chez huit individus, n'offrit rien de remarquable, sous le rapport du volume, chez les autres. Sa vitesse était en raison inverse de sa largeur, de manière que dans aucun des cas où il eut le plus d'ampleur, il ne dépassait pas quatre-vingt-douze pulsations par minute.

Il était généralement moins accéléré chez les sujets dont il s'agit, que chez ceux qui succombèrent; en sorte qu'il ne donnait pas au-delà de quatre-vingt-dix pulsations par minute, dans vingt cas. Il resta même au-dessous de quatre-vingts, chez un sujet dont l'affaissement fut considérable; et dans tous ces cas, la marche de l'affection fut assez rapide. Chez les autres malades, le pouls battit plus de quatre-vingt-dix fois par minute, pendant un espace de temps considérable; et il battit au-delà de cent, dix à douze jours de suite, chez trois individus, dont l'un est cette jeune fille dont j'ai rappelé plusieurs fois l'histoire, chez laquelle l'affaissement fut si profond et la maladie de si longue durée. Du douzième au vingtième jour, son pouls battit de cent vingt à cent quarante fois par minute.

Il résulte de la comparaison de ces faits avec les précédents, qu'un pouls médiocrement accéléré est favorable au pronostic, et doit faire conjecturer que la marche de l'affection sera rapide; tandis qu'un caractère opposé doit faire redouter sa longueur et son issue.

Le pouls fut inégal ou intermittent, chez six sujets; étroit, serré, tremblotant et très accéléré, chez quatre. — En partant du rapport trouvé entre les divers états du cœur et ceux du pouls, chez les sujets qui ont succombé, on pourrait conjecturer que le cœur a été plus ou moins ramolli, ou dans une

disposition favorable aux causes de son ramollissement, chez six ou sept des malades dont il s'agit; que cette disposition n'a pas été plus commune dans les cas où la marche de la maladie fut lente que dans ceux où elle fut rapide; qu'elle commençait de huit à dix jours après le début.

MM. Rilliet et Taupin s'accordent sur la fréquence assez considérable du pouls, chez les *enfants*, dans le cours de l'affection typhoïde.

Le plus ordinairement M. Taupin comptait cent vingt ou cent quarante pulsations par minute, quelquefois cent soixante-dix ou cent quatre-vingts; et, dans quelques cas, il n'a pu compter le pouls, tant sa vitesse était grande; tandis que chez quatre sujets il n'y avait pas plus de soixante ou même cinquante-deux pulsations par minute.

Suivant le même médecin, le pouls est large, fort, vibrant, au début de l'affection typhoïde, chez les enfants: il ne devient petit et mou qu'à une époque avancée de la maladie; il est ordinairement régulier, tellement que M. Taupin ne l'a trouvé irrégulier et intermittent que dans trois cas; et, il ajoute, sans lésion du cœur.

Les mêmes remarques ont été faites par M. Rilliet, qui assure qu'après avoir été vibrant au début, le pouls devenait filant, petit, difficile à compter, du huitième au trentième jour de l'affection; ou bien encore très dépressible, à peu près également chez les sujets qui ont guéri et chez ceux qui ont succombé.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Le pouls fut assez souvent large dans la plupart de ces maladies, et sa vitesse généralement beaucoup moindre que

chez les individus morts d'affection typhoïde, même chez les péripneumoniques; de manière que je ne l'ai trouvé battant plus de quatre-vingt-dix fois par minute, dans les trois ou quatre derniers jours de la vie, que chez la cinquième partie des sujets atteints de cette affection.

Quant aux autres caractères du pouls, voici ce qui eut lieu. Il fut inégal, intermittent et très petit, chez six péripneumoniques, dont quatre, ou les deux tiers, avaient le cœur ramolli; il eut encore le même caractère chez quatre individus emportés par d'autres affections, et trois d'entre eux avaient aussi le cœur ramolli à divers degrés. De manière que ces faits sont dans une parfaite harmonie avec ceux qui ont été fournis par les sujets morts d'affection typhoïde, et confirment ce qui a été dit des signes présumés du ramollissement du cœur, ou de l'état, quel qu'il soit, qui en favorise le développement après la mort.

4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.

Le pouls fut large, donna moins de quatre-vingts pulsations par minute, dans les trois quarts des cas de *péripneumonie* : il dépassa ce nombre dans les autres, battit même cent fois chez quelques sujets, pendant plusieurs jours, et perdit promptement la plus grande partie de sa vitesse, dès que les symptômes locaux furent stationnaires ou parurent s'amender. Et, comme dans l'affection typhoïde, la durée de la maladie fut en raison directe de l'accélération du pouls. — Le pouls fut inégal et intermittent chez un des cinquante-sept sujets dont il s'agit; petit, serré, très fréquent chez deux autres : en sorte que, d'après ce qui précède, le cœur aurait été ramolli ou dans un état favorable au ramollissement chez deux de ces trois malades.

La petitesse et l'inégalité du pouls n'eurent lieu dans aucun cas de *maladie éruptive*, et son accélération fut moindre, dans le cours de ces affections, que dans celui de la péripneumonie. Ainsi, je n'ai compté au-delà de quatre-vingt-six pulsations par minute, que dans la quatrième partie des cas de variole et de scarlatine, dans la sixième de ceux de rougeole ; et pour fort peu de jours.

Le maximum de vitesse fut le même chez les sujets atteints d'*érysipèle à la face*, toujours pour peu de temps : et, dans tous les cas, hors ceux où l'érysipèle parcourait successivement la plus grande partie de la surface du corps, ou offrait une complication, le pouls reprenait bientôt son calme habituel. — Il offrit momentanément quelques irrégularités, chez deux malades; mais comme alors il n'était ni petit, ni très accéléré, on ne peut rien en conclure relativement au ramollissement du cœur.

L'accélération du pouls était moins marquée, chez les individus atteints d'*angine gutturale*. Elle n'était pas même évidente chez tous.

Un peu plus considérable dans le *rhumatisme* que dans cette dernière affection, l'accélération du pouls y était moindre que dans les précédentes ; de manière que je n'ai observé le pouls battant quatre-vingt-dix fois et au-delà, par minute, que chez trois des cinquante-sept malades dont il s'agit, et pour trois ou quatre jours seulement. Le pouls ne fut inégal que dans un cas et passagèrement.

Près de la moitié des sujets qui furent atteints de *catarrhe pulmonaire* (ils étaient soixante-douze) eut le pouls évidemment accéléré, mais à un médiocre degré; de manière qu'il ne battit plus de quatre-vingt-dix fois par minute que dans trois cas, et pour peu de jours. — Le pouls fut plus

ou moins irrégulier chez trois malades, dont deux ne l'avaient pas sensiblement accéléré. C'est dire qu'ici, comme dans le cas d'érysipèle dont il a été question tout à l'heure, on ne pouvait soupçonner de ramollissement du cœur; ce qui est en harmonie avec ce que nous avons vu antérieurement, de la rareté des affections secondaires dans le cours du catarrhe pulmonaire.

Le pouls fut calme chez cinquante-trois sujets atteints d'*entérite* ou de diarrhée, ce qui est pour moi synonyme; ou chez les trois quarts de ceux qui eurent cette affection; c'est-à-dire que dans ces cas le cœur ne battait pas plus de soixante-cinq, soixante, cinquante-cinq, cinquante, et même quarante fois par minute. Et cette lenteur du pouls était plus commune chez les individus dont les selles étaient très fréquentes que chez ceux dont les évacuations alvines étaient en petit nombre; de manière que le pouls offrit ce caractère chez vingt-cinq des premiers, qui étaient au nombre de trente-six.

Bien que les malades affectés d'entérite n'aient pas été soumis à mon observation au début de la maladie, comme leurs selles étaient encore très nombreuses au moment de leur admission à l'hôpital, il est clair que si elles eussent été l'effet d'une violente inflammation à leur début, cette inflammation aurait encore eu lieu à cette époque, et le mouvement fébrile y aurait été proportionné. D'un autre côté, si l'inflammation eût été proportionnée au nombre des selles, comment eût-elle marché aussi rapidement vers la guérison, comme je l'ai remarqué plus haut? Je n'ignore pas que dans quelques cas l'entérite est une affection fort grave, et j'en donnerai bientôt un exemple (obs. 40). Mais il ne s'agit pas ici d'exceptions; les faits analysés sont nombreux (quatre-vingt-quatre), et de ces faits me semble

résulter incontestablement, que la diarrhée ne suppose, dans la très grande majorité des cas, qu'un très léger degré d'inflammation, qui ne laisserait peut-être pas de trace sur le cadavre, si quelque individu affecté de cette maladie venait à succomber accidentellement.

Ainsi, le trouble de la circulation et l'altération de la chaleur étaient, comme j'ai eu si souvent occasion de le répéter, proportionnés au nombre et à la gravité des lésions secondaires, plus considérable chez les sujets atteints d'affection typhoïde que chez les péripneumoniques, chez ceux-ci que chez les individus affectés de toute autre maladie aiguë. Et comme la connexion de la circulation avec les différents organes de l'économie est évidente, il est naturel de penser que le trouble de cette fonction est, dans les maladies aiguës, un des principaux agents des lésions secondaires.

C'est d'ailleurs ici le cas de prévenir une objection qui s'est peut-être offerte à l'esprit de quelques personnes. Vous attribuez, dira-t-on, en grande partie, les lésions secondaires au mouvement fébrile, parce qu'elles lui sont proportionnées; mais ne pourrait-on pas dire tout aussi bien que le mouvement fébrile n'est si considérable, dans plusieurs maladies, que parce que les lésions secondaires y sont plus ou moins graves et nombreuses; qu'au lieu d'être cause il est effet? A cela je répondrai que les lésions secondaires n'ont généralement lieu qu'à une époque plus ou moins éloignée du début, quand le mouvement fébrile existe depuis un temps, quelquefois considérable; que ce mouvement fébrile n'augmente pas toujours, à beaucoup près, lors de l'apparition de ces *lésions*; qu'on ne saurait, dès-lors, l'en faire dépendre. Et si l'on venait à dire qu'au *début* des maladies aiguës, toutes les fonctions de l'économie sont plus

ou moins altérées, ce qu'on ne saurait attribuer au mouvement fébrile, je répondrais que la seconde partie de cette proposition n'est pas démontrée, et qu'à supposer le contraire, cela ne prouverait absolument rien; puisqu'il s'agit de *lésions appréciables*, et non du simple trouble des fonctions; trouble qui peut avoir lieu pendant un espace de temps considérable, sans que les viscères offrent d'altération *sensible*.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs, que le mouvement fébrile n'est efficace, comme toutes les autres causes, que sur les organes qui sont plus ou moins disposés à en recevoir l'influence. On dira peut-être encore que les lésions secondaires étaient généralement plus graves chez les sujets qui avaient succombé rapidement, que chez ceux dont la maladie avait traîné en longueur; qu'il faudrait donc admettre que le mouvement fébrile a eu d'autant moins d'influence qu'il a duré plus de temps, ce qui est absurde. A cela je répondrai que l'altération fondamentale, celle des plaques elliptiques de l'intestin grêle, était d'autant plus étendue que les malades succombaient plus rapidement; que le mouvement fébrile y était généralement proportionné; en sorte que la contradiction n'est qu'apparente.

ARTICLE X.

De la voix et de la respiration.

§ 1.

De la voix.

La voix n'était pas seulement altérée ou supprimée, dans les cas où une fausse membrane tapissait plus ou moins exactement la langue; elle l'était encore dans d'autres

circonstances. Cependant, l'altération de la voix n'a pas assez fixé mon attention chez les sujets dont j'analyse l'histoire, pour qu'il me soit possible d'en faire ici une mention spéciale, d'après mes premières recherches. Mais un fait recueilli depuis, me permet, jusqu'à un certain point, de combler cette lacune, et je m'empresse de le mettre sous les yeux du lecteur.

XXXIXe OBSERVATION *(Bis)*.

Frissons quotidiens pendant six jours, apparence de fièvre intermittente, sulfate de kinine ; puis développement des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde, aphonie commençante au dix-huitième jour de la maladie, bientôt complète et non interrompue jusqu'au cinquante et unième jour, que la voix commence à se rétablir.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une santé ordinairement bonne, fut admis dans ma division, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, le 8 avril 1839. A Paris depuis près de deux mois, il avait eu, deux années avant, une fièvre intermittente tierce qui avait duré de dix à douze mois ; et, depuis lors jusqu'à son arrivée à Paris, sa santé avait été constamment bonne. Cependant, il avait un peu de diarrhée depuis six semaines, quand il éprouva, le 3 avril, un frisson qui fut suivi de chaleur et de sueur ; et cet accès revint tous les jours, à peu près à la même heure, jusqu'à l'entrée du malade à l'hôpital, le 8 du même mois. Il y fut placé dans un lit supplémentaire ; et, pour ne le garder à l'hôpital que le moins de temps possible, afin d'éviter un plus grand encombrement, je lui ordonnai sur-le-champ trois décigrammes de sulfate de kinine. Ce sel ayant paru agir avec succès, on le continua : puis, jusqu'au 19, le malade fut observé peu attentivement.

Le lendemain, 20, il était dans l'état suivant: sa figure était empreinte d'une stupeur profonde, sa mémoire presque nulle, en sorte qu'il ne se rappelait pas les symptômes qui étaient survenus depuis son entrée à l'hôpital; ses forces n'étaient pas très déprimées cependant, et il se mettait assez aisément à son séant; sa langue était un peu sèche, l'épigastre un peu saillant, le reste du ventre assez bien conformé, la rate débordait un peu les côtes; il y avait eu quatre selles liquides dans la journée, et on entendait un râle sous-crépitant, nombreux, en arrière, à droite et à gauche du thorax, inférieurement; le pouls était à quatre-vingt-huit, sans caractère particulier. (*Solut. de sirop tartar.* bis; *demi-bouteille d'eau de Sedlitz. Diète.*)

Le malade eut de cinq à six selles dans le cours de la journée, et, le lendemain, je trouvai son pouls à quatre-vingts, assez large et plein, sa langue toujours un peu sèche, son ventre souple et indolent, trois taches roses, lenticulaires, à sa surface; le râle sous-crépitant était remplacé par un râle glapissant et sonore par intervalles. Par intervalles aussi il y avait aphonie, sans douleur aucune au larynx (*Id.*).

Le nombre des selles fut le même que la veille, et, le 22, au moment de la visite, l'aphonie persistait; la stupeur avait beaucoup diminué au contraire; la langue était collante, le ventre dans le même état que la veille, sauf les taches typhoïdes qui étaient un peu plus nombreuses. Le pouls était à quatre-vingt-six, la chaleur peu considérable. La vue et l'ouïe paraissaient intactes. (*Solut. de sirop tartar.*)

Depuis lors jusqu'au 2 mai, l'aphonie fut constante, toujours sans douleur au larynx; le râle sous-crépitant reparut le 25 avril, et était remplacé par quelques craquements le 27; la langue fut toujours plus ou moins sèche, quelquefois fendillée, et tout l'intérieur de la bouche, le voile du palais

compris, était rouge, sans enflure évidente, le 27. Les selles varièrent de trois à six en vingt-quatre heures; la rate continua à prendre du développement jusqu'au 26, puis son volume diminua rapidement, de manière qu'au 1er mai on ne la sentait plus sous les côtes. Le pouls fut généralement à quatre-vingt-quatre, l'intelligence toujours intacte, le malade put constamment se mettre assez vite à son séant; les taches roses, lenticulaires, avaient disparu le 1er mai. (On cessa tout-à-fait l'eau de Sedlitz à compter du 26, à raison du dégoût qu'elle causait au malade.)

Du 2 au 11 mai, l'aphonie continua, complète et non interrompue; le malade laissa aller sous lui, sous prétexte qu'il ne pouvait pas appeler : à un jour près, la langue fut constamment sèche et fendillée, sans être encroûtée; le ventre fut un peu météorisé jusqu'au 8 : la chaleur fut médiocrement élevée, le pouls varia de soixante-douze à quatre-vingts, fut quelquefois redoublé, ordinairement sans caractère particulier, n'étant alors ni plein, ni vide, ni dur, ni faible. Il y eut de la stupeur à divers degrés jusqu'au 7. — Pour tout traitement, on eut recours à des fomentations d'oxicrat sur le ventre et sur les membres inférieurs, à la solution de sirop tartareux; on commença à donner un peu de bouillon coupé le 9, et, le 11, le malade accusant de l'appétit, on lui donna deux légers potages.

Depuis lors jusqu'au 20, l'amélioration fit des progrès continuels, à part l'aphonie qui resta, comme avant, continue et complète; l'appétit alla en augmentant; aux potages on ajouta un œuf et une mouillette de pain, le 18; et, le 25, le malade mangeait la demi-portion. La diarrhée cessa complétement le 23, et, à partir du 20, le pouls ne dépassa pas soixante pulsations; il était à cinquante-deux, le 25. Cependant je remarquai, le 17, un écoulement de

pus qui avait lieu par l'oreille gauche, et qui, au rapport du malade, existait depuis six jours. Et, le 21, M. le docteur Ménières, me fit remarquer une large perforation du tympan du même côté.

Le 26, et depuis la veille au soir, la voix revenait par intervalles, et le malade attribuait cette amélioration à un mélange de bouillon et de vin qu'il prenait pour la troisième fois.

Il quitta l'hôpital le 10 juin, ayant toujours la voix très altérée, comme déchirée, un reste d'écoulement par l'oreille, d'ailleurs très bien portant.

Sans rechercher si les premiers symptômes éprouvés par le malade, ceux qui remontaient au 3 avril, appartiennent à l'affection typhoïde ou à une fièvre intermittente, ce que le défaut de renseignements ne permet pas de décider d'une manière rigoureuse, je remarquerai que les symptômes recueillis depuis le 19 ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une affection typhoïde, dans le cas dont il s'agit; que cette affection remontait au moins au 14 du même mois, puis que j'observai, dès le 20, des taches roses, lenticulaires, qui ne se développent pas, comme on l'a vu plus haut, moins de six jours après le début : de manière qu'au moment où l'aphonie fut constatée pour la première fois, il y avait au moins sept jours que la maladie avait débuté, peut-être même dix-sept, ce qui est le plus vraisemblable; que l'affection était arrivée à une époque à laquelle des symptômes secondaires plus ou moins graves ont lieu, dans un grand nombre de cas. L'aphonie persista sans interruption, sans douleur au larynx, pendant trente-cinq jours, bien au-delà de la convalescence; après quoi la voix reparut, altérée il est vrai,

et l'altération persistait encore, et toujours au même degré, quinze jours après.

Mais à quelle cause rapporter l'aphonie du sujet quinous occupe? Quelle lésion du larynx a pu l'exciter et la maintenir complète pendant un espace de temps aussi considérable? Si le lecteur n'oublie pas que l'inflammation non-couenneuse du larynx amène plutôt l'altération de la voix que sa suppression; que cette inflammation, quand elle est aiguë, comme il faudrait l'admettre ici, est accompagnée de douleur et de sécheresse à la région du larynx, symptômes qui n'ont pas existé dans le cas actuel : si le lecteur ne perd pas de vue que l'inflammation couenneuse du larynx est nécessairement accompagnée d'une dyspnée plus ou moins considérable, laquelle n'a pas eu lieu chez notre malade; il sera porté à croire que chez lui, très probablement, il y a eu, comme je l'ai fait remarquer dans deux cas où la maladie a eu une terminaison funeste, une ulcération du larynx; ulcération assez profonde sans doute, puisqu'à la sortie du sujet la voix était loin d'être complétement rétablie. Et cette manière de voir doit paraître d'autant plus vraisemblable, que le seul cas (parmi les sujets qui succombèrent) dans lequel il y eut aphonie pendant long-temps et d'une manière continue, est celui d'un sujet dont le larynx offrait une large ulcération.

§ 2.

De la respiration.

Toux, crachats, diverses espèces de râle.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Trente-huit sujets eurent de la *toux*, à des époques va-

riées de l'affection; un sixième d'entre eux dès le début; les autres du troisième au douzième jour. Généralement très faible, peu de malades s'en plaignirent (obs. 16, 38). Ordinairement stationnaire, elle augmentait ou diminuait dans les derniers jours de la vie, chez quelques sujets; et elle ne parut exiger l'application d'aucun moyen particulier, sauf une potion gommeuse dans cinq cas. Déjà existante chez trois malades, quinze jours, un et quatre mois avant le début des premiers symptômes, elle n'augmenta pas d'une manière sensible ensuite.

Les *crachats* étaient rares, quelquefois sanglants, un, deux, trois et quatre jours de suite. Des épistaxis avaient eu lieu à la même époque; et le mode de coloration de ces crachats, par lames, indiquait assez quelle en était la source, qu'on ne devait pas la chercher dans les bronches. Les crachats eurent un autre aspect, furent plus ou moins exactement puriformes chez trois sujets, peu après le début, ou à une époque plus ou moins avancée de la maladie. — Les bronches offraient une rougeur plus ou moins vive et un léger épaississisement dans quelques points, dans un des cas dont il s'agit (obs. 16, 28, 34).

Les malades qui toussaient furent auscultés plus ou moins fréquemment, et tous, à trois exceptions près, offraient un *râle* sec et sonore, ou sifflant, quelquefois muqueux, ordinairement universel et très bruyant, qu'on ne rencontre pas au même degré, ou d'une manière aussi universelle, à beaucoup près, dans le catarrhe pulmonaire aigu primitif, simple, à part quelques cas rares. Ce râle était d'autant plus digne de remarque que, malgré son étendue, la respiration était peu gênée alors, infiniment moins que dans le catarrhe pulmonaire simple, dans les mêmes circonstances. Et c'est surtout la disproportion entre la dyspnée et

le râle, qui donne à celui-ci quelque chose de caractéristique dans l'affection typhoïde; de manière que sa présence, dans un cas douteux, quand l'affection est légère, les symptômes cérébraux peu prononcés, pourrait éclairer le diagnostic. Il importe beaucoup de connaître ces résultats de l'auscultation pour éviter des erreurs graves, dans lesquelles j'ai vu tomber un médecin, fort habile d'ailleurs, mais n'ayant pas l'habitude de l'auscultation. Toutes les fois qu'il rencontrait le râle dont il s'agit dans le cours d'une affection typhoïde, même légère, il croyait, malgré le peu de dyspnée des malades, avoir à faire à un catarrhe pulmonaire intense, et il prescrivait des saignées sans succès.

Ce râle avait lieu aux cinquième, sixième et huitième jour de l'affection, chez des sujets observés, pour la première fois, à cette époque, et qui avaient commencé à tousser dès le début, ou la veille du jour où je les examinais.

Au râle sec et sonore se joignit, dans un assez grand nombre de cas, un peu de crépitation (obs. 3, 5, 14, 16, 32, 33, 34, 37, 42); toujours dans un espace très borné, dans les derniers temps de la maladie, deux, trois, quatre jours avant le terme fatal; rarement à une époque antérieure; et dans deux cas où je l'ai observée huit et dix jours avant la mort, la crépitation disparut promptement (obs. 14, 16). Il en fut de même du râle sec et sonore chez quelques sujets; ce qui indique la nécessité de revenir assez souvent à l'auscultation, pour pouvoir affirmer le défaut absolu de râle.

Dans presque tous les cas où la crépitation eut lieu, j'ai trouvé, à l'ouverture des corps, les poumons engoués ou hépatisés dans une médiocre étendue, dans le point correspondant à celui où le râle crépitant avait été entendu; de manière qu'il faut admettre que le début de ce râle, qui était

presque le seul signe de l'inflammation du parenchyme pulmonaire, chez les sujets dont il s'agit, indiquait le début de cette affection.

On a donné, dans ces derniers temps (Laënnec), une grande importance à la toux des sujets atteints d'affection typhoïde, de manière à l'en considérer, pour ainsi dire, comme un des éléments essentiels : mais cette opinion me paraît erronée. La toux est, à la vérité, très fréquente dans le cours de l'affection typhoïde, comme nous avons vu; mais elle n'a pas lieu chez tous les sujets; elle débute rarement le premier jour de l'affection, paraît, dans la plupart des cas, du quatrième au dixième, quelquefois plus tard; elle suit, en un mot, la marche de toutes les affections secondaires, et dépend d'une altération des bronches, beaucoup plus légère, probablement, que celle de la plupart des autres organes; de manière qu'il n'y a aucune raison de l'envisager d'une manière différente.

On s'explique aisément, d'ailleurs, comment l'attention des médecins s'est spécialement arrêtée sur la toux des sujets atteints d'affection typhoïde, ce symptôme sollicitant lui-même l'attention, tandis qu'il faut rechercher l'existence des autres.

On n'objectera pas sans doute à ce qui précède, que la toux est beaucoup plus fréquente dans le cours de l'affection typhoïde que dans celui des autres maladies ; puisqu'il en est ainsi de tous les symptômes secondaires.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

La toux eut lieu chez cinquante des cinquante-sept sujets dont l'affection fut *grave*. Elle fut généralement faible et rare, en sorte que j'aurais bien souvent méconnu son

existence, si je me fusse borné à prendre note de ce dont j'étais témoin. Elle débuta le premier jour de l'affection, dans la cinquième partie des cas, toujours peu considérable alors ; et chez plus d'un sujet il m'a semblé qu'elle n'avait eu lieu, à cette époque, que pour faciliter l'excrétion des mucosités du pharynx ; en sorte que le nombre de ceux qui n'eurent pas de toux bronchique (qu'on me permette cette expression), était probablement plus considérable que je ne l'ai dit. Chez les autres individus, la toux débutait ordinairement du sixième au quinzième jour de l'affection, quelquefois avant, plus rarement après. Dans quelques cas, après avoir été rare et légère pendant un certain espace de temps, elle devenait considérable ; et alors il y avait, chez la majorité des sujets, une inflammation, ordinairement très bornée, du parenchyme pulmonaire.

Huit malades dont la toux fut toujours extrêmement légère, furent auscultés plusieurs fois avec attention, sans que j'aie pu constater l'existence d'aucune espèce de râle, dans toute l'étendue de la poitrine. Il y avait un râle sec et sonore, ou muqueux et presque universel en arrière, chez les autres, semblable à celui dont il a été question ci-dessus. Dans six cas, un râle crépitant et sous-crépitant, borné à la partie postérieure du thorax, s'y joignit, pendant l'espace de cinq à dix jours, du douzième au trentième de l'affection. Ce râle annonçait le début d'une phlegmasie, presque toujours peu considérable, du parenchyme pulmonaire, dont aucun autre symptôme caractéristique ne révélait l'existence ; moins sans doute à cause du peu d'étendue de la phlegmasie, qu'à raison de la faiblesse des malades, au moment où elle se manifestait. Toutefois, chez une jeune fille dont la faiblesse fut extrêmement profonde, la crépitation fut étendue, persista pendant un mois, et la percus-

sion rendait un son obscur dans le point correspondant. Mais dans ce cas, comme dans les autres, les crachats n'offrirent rien de caractéristique.

Trois sujets eurent des douleurs sur les côtés de la poitrine, deux passagèrement, un pendant huit jours, et à un degré assez remarquable : et chez ce dernier malade la percussion du thorax rendit un son mat, la voix retentit dans le point correspondant. Il n'y eût de râle crépitant dans aucun point. Suivant toutes les apparences, il y eut ici un épanchement pleurétique, le seul qui se soit présenté à mon observation chez les sujets dont il s'agit. Et comme il n'y eut de symptômes de péricardite ou de péritonite dans aucun cas, il faut en conclure que sur cinquante-sept sujets atteints d'affection typhoïde grave, un seul était l'exemple de l'inflammation de l'une des membranes séreuses. Conclusion qui est en harmonie avec ce que nous avons vu, dans la deuxième partie de cet ouvrage, de la rareté de l'inflammation de ces membranes chez les sujets qui ont succombé.

La toux fut un peu moins fréquente dans les cas où l'affection fut *légère*. De vingt-deux sujets chez lesquels il en a été fait mention, six n'en éprouvèrent à aucune époque. Elle débuta le premier jour de l'affection chez sept malades, du quatrième au vingtième chez les autres ; fut généralement très légère, et incommode dans quatre cas seulement. — Les crachats furent peu abondants, muqueux, quelquefois semblables à une dissolution de gomme. — De dix-sept sujets dont la poitrine fut convenablement explorée, douze avaient un râle sec, sonore ou muqueux, dans une étendue assez considérable. Un peu de râle sous-crépitant s'y mêla, pour quelques jours, à une distance assez éloignée du début, dans deux cas.

Parmi les faits observés par M. le docteur Barth, deux sont relatifs à des sujets qui ont guéri après avoir eu un épanchement dans un des côtés de la poitrine, sans doute un épanchement pleurétique ; ce qui ne fait que confirmer les résultats de mes propres observations.

L'*enfant*, comme l'adulte, présente souvent des symptômes du côté des organes de la respiration, dans le cours de l'affection typhoïde. Ainsi, M. Rilliet a observé la toux chez les quatre cinquièmes des malades soumis à son observation, tantôt plus, tantôt moins considérable, tantôt sèche, tantôt humide, et, dans la majorité des cas, dès le début, pendant tout le cours de la maladie. — Le râle le plus ordinaire était le sibilant, et il avait souvent lieu dans toute l'étendue de la poitrine : mais il n'y en eut d'aucune espèce, le bruit respiratoire fut constamment pur et naturel, chez douze malades dont l'affection fut légère et d'assez courte durée.

M. Taupin a observé la toux dans une proportion plus considérable encore que M. Rilliet, de manière qu'elle n'a manqué que dans quatre des cas soumis à son observation. Le même médecin a vu le catarrhe pulmonaire débuter chez les enfants, les deuxième, troisième, quatrième jour de la maladie, dans des cas où celle-ci avait été contractée à l'hôpital. Dans les autres, la toux commençait ordinairement les cinquième et sixième jour. — Le catarrhe pulmonaire fut assez grave chez quelques sujets pour compromettre leur existence.

3° *Chez les sujets morts de maladies aiguës, non typhoïdes.*

Deux individus, sur trois atteints de *péritonite*, eurent de

la toux; l'un, dès le début de l'affection, l'autre, dans les trois derniers jours de la vie. — Les poumons étaient sains chez celui-ci, et un peu engoués chez l'autre.

Trois sujets emportés par la *variole*, du onzième au dix-huitième jour de la maladie, eurent un peu de toux. Elle fut accompagnée de crachats insignifiants, et elle débuta du deuxième au sixième jour de l'affection. — Les poumons étaient en goués dans un cas, n'offraient rien de remarquable dans les autres.

La toux eut encore lieu, au sixième jour d'une *scarlatine* mortelle au trentième, dans un des deux cas où ce symptôme a été recherché.

De onze sujets qui succombèrent à l'*apoplexie* ou au *ramollissement du cerveau*, aucun n'eut de toux, bien qu'à l'ouverture des corps les poumons fussent engoués ou hépatisés chez plusieurs d'entre eux. Nouvelle preuve de l'influence du trouble des fonctions cérébrales sur le développement des symptômes propres aux lésions de nos organes.

Deux sujets, sur cinq qui furent atteints d'*hydrocéphale*, eurent un peu de toux, à partir des troisième et quatrième jour de la maladie.

Enfin, la toux eut lieu dans deux cas d'*érysipèle* des membres inférieurs, à compter des septième et trentième jour de l'affection, chez des individus dont les poumons n'offraient que de légères altérations, et chez lesquels je trouvai un peu de râle muqueux.

4° *Chez les sujets atteints de maladies aiguës, non typhoïdes, qui ont guéri.*

Sept sujets, sur douze qui furent atteints de *variole*, eurent de la toux. Assez considérable dans un cas, elle fut légère

dans les autres, débuta du quatrième au sixième jour chez trois malades, et persista de cinq à dix. — Les crachats n'offrirent rien de remarquable, et il n'y eut de râle (muqueux et sous-crépitant) que chez un sujet.

La toux fut beaucoup plus fréquente dans le cours de la *scarlatine*, où elle ne manqua que chez la sixième partie des malades. Elle débuta le premier jour de l'affection chez trois d'entre eux, du deuxième au dixième chez les autres. Elle eut rarement de huit à dix jours de durée, fut accompagnée, dans la moitié des cas, de râle sec et sonore, ou muqueux, dans une médiocre étendue.

Les treize sujets atteints de *rougeole* eurent de la toux, pendant un certain temps; six dès le début, les autres du deuxième au septième jour de l'affection; en sorte que la toux doit être considérée ici, moins comme un symptôme accessoire, que comme un phénomène essentiel de la maladie elle-même : aussi persista-t-elle plus long-temps que dans la scarlatine; et elle fut accompagnée d'un peu de râle sous-crépitant ou sonore, dans les deux tiers des cas.

Il n'y eut de toux que chez la troisième partie des sujets atteints d'*angine gutturale* ; et la sécrétion muqueuse ne fut sensiblement augmentée que dans la moitié des cas. Ce qui semble indiquer qu'il n'y avait, dans l'autre moitié, qu'une simple irritation, peut-être sympathique, et due au voisinage de la maladie principale : conjecture d'autant plus plausible, que la toux débuta le premier jour de l'affection, chez la moitié des individus.

La toux eut lieu, pour quelques jours seulement, dans la troisième partie des cas d'*érysipèle* de la face, et dans la cinquième partie de ceux de *rhumatisme* ; soit en été, soit en hiver ; un peu plus souvent dans cette dernière saison, et ordi-

nairement à une époque peu éloignée du début. Elle fut toujours peu considérable.

Vingt-trois des quatre-vingt-quatre sujets atteints d'*entérite* proprement dite, eurent de la toux ; mais cette toux n'eut lieu que de loin en loin, fut très légère et rarement accompagnée de quelques crachats, plus rarement encore de quelque râle; de manière que je n'en ai observé que dans cinq cas. — Des vingt-trois individus dont il s'agit, douze furent malades en hiver; et si l'on remarque qu'étant obligés de se lever très souvent, par une température froide, la nuit comme le jour, étant en sueur, ils étaient ainsi exposés aux causes les plus énergiques du catarrhe pulmonaire; on conviendra que chez eux la toux ne pouvait être attribuée au genre de la maladie que dans un bien petit nombre de cas, et que, à part les causes étrangères à la nature de l'affection, elle était, comme les autres symptômes secondaires, réellement moins fréquente dans le cours de l'entérite, que dans celui des autres affections aiguës.

Ainsi la simple exposition des faits montre que la toux, comme je l'avais annoncé, a lieu à divers degrés et dans des proportions variées, dans les diverses maladies aiguës qui n'ont pas leur siége dans les poumons; qu'elle est plus fréquente dans l'affection typhoïde que dans toute autre, généralement proportionnée à l'intensité du mouvement fébrile; et je n'insisterai pas davantage sur ce point.

Après avoir comparé aux symptômes de l'affection typhoïde, leurs analogues dans le cours des autres maladies aiguës, je crois utile de jeter un coup d'œil sur les faits du même genre que j'ai observés chez des individus atteints de fièvre intermittente. En voyant les mêmes symptômes se

duire encore quelquefois, dans des cas où il n'y a plus rien de commun avec les précédents qu'un seul phénomène, le mouvement fébrile, l'influence de celui-ci sur le développement des symptômes ou des lésions secondaires n'en sera que plus évidente.

ARTICLE XI.

Des fièvres intermittentes.

Comme mon dessein n'est pas de chercher à approfondir la nature ou la marche des fièvres intermittentes, je passerai rapidement sur tout ce qui peut y avoir rapport; et j'exposerai successivement, comme je l'ai fait jusqu'ici, ce qui est relatif à l'état du ventre, de l'estomac, etc., etc., afin de savoir ce que ces maladies ont de commun avec celles dont il a été question jusqu'ici, et d'éclairer les unes par les autres.

§ 1.

Des douleurs de ventre.

De quarante sujets atteints de *fièvre quotidienne*, dix-huit eurent des douleurs dans l'abdomen, neuf dans l'hypocondre gauche, neuf à l'ombilic. Ces dernières survinrent à une époque plus ou moins éloignée du début, coïncidèrent, dans deux cas, avec des selles liquides, avec une légère constipation dans les autres; et elles furent passagères dans tous (un jour ou deux). — Les douleurs dans l'hypocondre gauche eurent lieu dès le début de l'affection, ne se manifestèrent que dans l'accès, dans le frisson surtout, chez six malades, parmi lesquels trois me dirent avoir éprouvé, dans le même temps, un sentiment de tuméfaction dans le même point.

La rate était très volumineuse chez ces trois sujets, et elle était aussi, très probablement, le siége des douleurs qu'ils éprouvèrent. Son volume était encore augmenté dans cinq cas où l'hypocondre gauche était indolent, et l'on peut se demander quel était le siége des douleurs hypocondriaques chez les individus dont la rate n'était pas sensiblement plus volumineuse que dans l'état sain. Ce problème ne me paraît pas susceptible d'une solution rigoureuse. J'observerai, toutefois, que la rate était l'organe le plus souvent et le plus manifestement altérée dans les maladies dont il s'agit, que dans plusieurs cas où l'on ne pouvait constater l'augmentation de son volume à travers les parois de l'abdomen, la poitrine ne résonnait pas dans le point correspondant, la respiration paraissant d'ailleurs dans l'état naturel; qu'ainsi cette augmentation n'en existait pas moins; qu'il est infiniment probable, dès-lors, que dans tous ou presque tous les cas où l'hypocondre gauche était douloureux, la rate était plus ou moins altérée; qu'il n'est guère possible de placer dans un autre organe la douleur dont il s'agit : en sorte que, suivant toutes les probabilités, l'intestin n'aurait été le siége de quelques douleurs, ordinairement passagères, que dans neuf cas.

Seize des trente-six sujets affectés de *fièvre tierce* eurent des douleurs de ventre; douze dans l'hypocondre gauche, quatre dans d'autres parties de l'abdomen. La douleur de l'hypocondre débuta dès le premier jour de l'affection, ne fut sensible que dans l'accès, chez huit malades; elle eut encore lieu, dans ses intervalles, chez les autres.

Le volume de la rate était manifestement augmenté, dans douze des vingt-huit cas où le sulfate de kinine fut administré; et parmi ces cas se trouvent cinq des sujets qui avaient des douleurs dans l'hypocondre gauche. Et si l'on

fait aux cas dans lesquels ces douleurs existaient, sans que l'augmentation du volume de la rate fût sensible à travers les parois de l'abdomen, l'application des précédentes réflexions, on en conclura que très probablement aussi, dans tous ou presque tous les cas, les douleurs de l'hypocondre gauche avaient leur siége dans la rate, dont le volume était augmenté chez un nombre de sujets supérieur à celui qui a été indiqué.

De huit malades atteints de *fièvre quarte*, un seul eut quelques douleurs de ventre, bien que le volume de la rate fût considérable chez quatre d'entre eux.

Sur vingt-cinq malades dont la fièvre prit successivement *différents types*, sept eurent des douleurs de ventre; quatre dans l'hypocondre gauche, trois dans d'autres parties de l'abdomen. Les douleurs hypocondriaques furent bornées au temps de l'accès; les autres furent variables et accompagnées de selles liquides, pendant un certain espace de temps.

Le volume de la rate était manifestement augmenté chez douze malades, parmi lesquels s'en trouve un de ceux qui eurent de la douleur dans l'hypocondre gauche; et, comme chez les sujets dont la fièvre eut un type uniforme, la percussion de la poitrine fut mate en arrière, à gauche et inférieurement, dans quelques cas où l'on ne sentait pas la rate à travers les parois de l'abdomen (trois). D'où, les mêmes conséquences qui ont été tirées précédemment.

En résumé, de quarante-un sujets qui éprouvèrent des douleurs de ventre, vingt-cinq en eurent dans l'hypocondre gauche exclusivement, les autres dans différentes parties de l'abdomen, ordinairement à l'ombilic, toujours pour peu de temps (un, deux, rarement trois jours); sans

rapport évident avec les heures de l'accès, à une époque variable de l'affection ; tandis que dans les trois cinquièmes des cas où elles eurent lieu dans l'hypocondre gauche, les douleurs étaient bornées à l'accès et débutaient avec le premier. Il semblerait donc que ces douleurs doivent être considérées comme essentielles à l'affection, les autres n'en étant qu'un symptôme accessoire, semblable à ceux que nous avons rencontrés dans le cours des maladies à type continu (1).

§ 2.

De la diarrhée.

Elle eut lieu chez la sixième partie des sujets atteints de *fièvres quotidiennes* ; dès le premier ou dès le second jour,

(1) Si l'on rapproche les cas dans lesquels il y eut des douleurs dans l'hypocondre gauche dès le début, de ceux où le volume de la rate était manifestement augmenté et facile à constater à travers les parois de l'abdomen, on aura cinquante-deux sujets, chez plusieurs desquels il y avait en même temps douleurs et tumeur dans l'hypocondre gauche, chez lesquels cette partie de l'abdomen, et dans cette partie toujours la rate probablement, était affectée dès le début. Et comme je fais abstraction des cas où la percussion indiquait l'augmentation du volume de la rate, que cette augmentation ne peut être reconnue par ce moyen que quand elle est considérable, il n'est pas douteux qu'elle n'eût réellement lieu dans beaucoup de cas où je n'ai pu m'en assurer. — Si l'on ne peut pas dire que les fièvres d'accès ne consistent que dans une altération plus ou moins grave de la rate, puisque ce viscère conserve son volume dans l'intervalle des accès, et qu'on peut les supprimer sans que ce volume soit sensiblement diminué ; néanmoins la rate mérite une grande attention de la part de ceux qui étudient les fièvres intermittentes, puisqu'elle est évidemment affectée à *leur début*, dans beaucoup de cas, et qu'elle l'est bien plus fréquemment que les autres organes, comme l'exposition des faits qui vont suivre en sera la preuve.

dans trois cas; au dixième, et pendant un espace de temps plus considérable, dans une quatrième; après la première ou la seconde prise de sulfate de kinine, chez trois autres, et pour trois ou quatre jours seulement.

La diarrhée fut spontanée dans les trois premiers cas, c'est-à-dire qu'elle ne fut provoquée ni par des médicaments d'une nature quelconque, ni par des erreurs de régime. Mais comme elle succéda à l'administration du sulfate de kinine dans les trois autres, on sera peut-être porté à croire qu'elle était, alors, l'effet de l'action de ce médicament, et que cette action est une preuve de la susceptibilité du canal intestinal dans les fièvres d'accès. A ces suppositions je répondrai que le dévoiement étant survenu spontanément chez trois sujets, serait peut-être survenu de la même manière chez les trois autres, si le sulfate de kinine ne leur eût pas été administré ; qu'en supposant que ce sel ait provoqué les évacuations alvines qui ont suivi son administration, cela prouverait seulement une prédisposition très grande, une susceptibilité très prononcée de la muqueuse dans les cas en question, sans qu'il soit possible d'en rien conclure pour les autres, puisque presque tous les sujets ont pris du sulfate de kinine, et que ceux dont il s'agit sont les seuls chez lesquels il ait été suivi de dévoiement. Et je conclurai de tout ceci, qu'il est arrivé dans ces cas de fièvre quotidienne ce que nous avons observé dans les autres maladies aiguës, où la diarrhée survient spontanément dans un plus ou moins grand nombre de cas, et est provoquée par des excitants, chez quelques sujets qui y sont prédisposés, quel que soit d'ailleurs le siége de l'affection primitive. On ne saurait, il me semble, envisager les faits d'une autre manière.

Sept sujets, ou la cinquième partie de ceux qui furent atteints de *fièvre tierce*, eurent de la diarrhée : cinq, dès le début, pendant un ou deux jours ; deux, à une époque plus ou moins avancée de l'affection.

Les cinq premiers étaient du nombre de ceux (dix) qui firent des excès au début ; la diarrhée vint spontanément chez les deux autres, ne succéda, dans aucun cas, à l'administration du sulfate de kinine, ni à celle des remèdes plus ou moins violents donnés aux malades, antérieurement à leur admission à l'hôpital.

Il n'y eut de dévoiement que dans un cas de *fièvre quarte* qui dura quatre mois, et sans laquelle ce dévoiement aurait bien pu, sans doute, se déclarer.

Cinq sujets, sur vingt-quatre qui furent atteints de fièvre intermittente à *type varié*, eurent du dévoiement : l'un deux dès le début et à la suite d'excès, les autres à une époque plus ou moins éloignée, spontanément, et non à la suite du sulfate de kinine.

En retranchant des cas de diarrhée ceux où elle a été provoquée par des excès, nous aurons neuf exemples de ce symptôme, sur cent neuf malades atteints de fièvre intermittente. C'est-à-dire que la diarrhée eut lieu chez la douzième partie des sujets, toujours légère et pour peu de temps ; proportion peu considérable et assez en harmonie avec une des causes présumées de cette affection, le mouvement fébrile (1).

§ 3.

Des douleurs à l'épigastre.

Ces douleurs eurent lieu chez six des quarante sujets qui

(1) Évidemment si le siége des fièvres intermittentes devait être la rate ou l'intestin, ce ne serait pas l'intestin.

furent atteints de *fièvre quotidienne ;* ordinairement pour vingt-quatre heures, quelquefois pendant la toux seulement, ou par la pression ; un ou plusieurs jours après l'administration du sulfate de kinine, chez deux malades.

Dans sept des trente-six cas de fièvre *tierce,* il y eut des douleurs à l'épigastre. Elles débutèrent sans cause connue chez tous les sujets, ordinairement à une époque plus ou moins avancée de l'affection. Elles durèrent de vingt-quatre à quarante-huit heures chez trois d'entre eux, se prolongèrent de quatre à quinze jours chez les autres. Elles n'eurent lieu qu'à l'heure des accès chez deux de ces derniers ; elles étaient continues chez les deux autres, les seuls qui en éprouvèrent dès le début.

Un des malades affectés de *fièvre quarte* eut des douleurs épigastriques pendant trois semaines, et ces douleurs étaient soulagées après le repas.

Quatre sujets sur vingt de ceux qui eurent une fièvre intermittente *à type varié*, éprouvèrent les mêmes douleurs ; trois, passagèrement, à des époques variées; un seul, du premier au septième jour de l'affection, et pendant l'accès seulement.

En somme, il y eut des douleurs à l'épigastre chez dix-huit des cent neuf sujets dont il s'agit : mais si l'on retranche de ces cas celui où les douleurs diminuaient par l'ingestion des aliments; si l'on ne perd pas de vue que dans plusieurs autres elles étaient très passagères et seulement excitées par la pression; si l'on se rappelle que dans les maladies continues, la douleur à l'épigastre ne tient pas toujours, à beaucoup près, à une affection appréciable de la membrane muqueuse de l'estomac; on verra combien se réduit le nombre des cas d'une irritation ou inflammation

gastrique, à laquelle on pourrait rapporter la douleur dont il s'agit (1).

§ 4.

Des nausées et des vomissements.

Dix des sujets atteints de fièvre *quotidienne* eurent des nausées; trois, spontanément; les autres, à la suite de boissons prises en trop grande abondance au moment de l'accès, ou après quelques verres de tisane amère, un peu de bouillon, ou quelques aliments de difficile digestion. Les nausées furent limitées au moment de l'accès dans un des trois cas où elles eurent lieu spontanément.

Deux malades eurent des vomissements. Ils étaient bilieux et bornés à l'heure de l'accès, chez un malade qui en éprouva vingt jours de suite; et, bien que ce malade n'ait ressenti de douleurs à l'épigastre à aucune époque de la maladie, on ne saurait douter qu'il n'ait eu, au moment de l'accès, une irritation plus ou moins vive de la membrane muqueuse de l'estomac, peut-être du foie (2).

(1) En admettant, ce qui ne me paraît pas douteux, qu'il y ait eu chez quelques-uns des sujets dont il s'agit une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, cette inflammation était aussi rare que légère, puisque dans aucun cas il n'y eut à la fois douleurs épigastriques et vomissements. Ce qui prouve d'ailleurs combien la membrane muqueuse de l'estomac était peu susceptible, dans le cours des fièvres tierces, par exemple, c'est que beaucoup de ceux qui en furent affectés prirent de grandes doses de copalchi (4, 8 grammes, et plus), sans en éprouver le moindre inconvénient; que plusieurs mangèrent une heure ou une heure et demie avant l'accès, sans vomir ce qu'ils avaient mangé.

(2) Ce fait ne prouve ni que l'estomac soit le siége de la fièvre intermittente, en général, ni que sa membrane muqueuse soit plus impressionable que dans une autre affection, comme je l'ai fait voir dans la note précédente: car ce fait est unique, et trois malades qui prirent

Douze, ou la troisième partie des sujets atteints de *fièvre tierce*, eurent des nausées; neuf, dans l'accès, pendant la période de froid ou de chaud ; trois, dans l'apyrexie ; l'un, à différentes reprises, pendant vingt jours, les deux autres, momentanément. A part les cas où ils furent sollicités par des boissons trop copieuses, ou par des aliments de difficile digestion, les vomissements n'eurent lieu que chez trois sujets, toujours dans l'accès, dans la période de froid, ou dans celle de chaleur.

Un malade affecté de *fièvre quarte* eut des nausées pendant les accès et dans leur intervalle, vingt jours de suite ; et des vomissements quand il buvait trop copieusement, prenait des aliments de difficile digestion, ou des médicaments sous forme pulvérulente.

Il y eut des nausées dans quatre cas de fièvre tierce à *type varié;* une fois pendant l'accès, un seul accès ; à plusieurs reprises, dans l'intervalle de la fièvre, dans les autres.— Trois malades eurent des vomissements : deux, entre les accès, à plusieurs reprises ; un, pendant l'accès, et une seule fois.

§ 5.

De la langue et de l'arrière-bouche.

1° La langue fut un peu plus rouge que dans l'état naturel, chez six individus atteints de *fièvre quotidienne,* pendant deux ou trois jours, et dans l'apyrexie. Elle fut seulement

du vin chaud sucré, au moment de l'accès, n'eurent ni douleurs à l'épigastre, ni nausées, ni vomissements. Il faut seulement en conclure que les affections fébriles intermittentes, quelle qu'en soit la cause, déterminent plus ou moins souvent, à divers degrés, des symptômes analogues à ceux qu'on observe dans le cours des maladies aiguës fébriles non-intermittentes.

sèche dans l'accès, chez un autre qui eut des vomissements. — Cette même sécheresse, sans rougeur, eut lieu pendant l'espace de trois à huit jours, dans trois cas de *fièvre tierce*, dont l'un était un exemple de diarrhée. La langue fut rouge et humide dans un autre, où il n'y eut ni vomissements ni diarrhée. — Elle était dans le même état chez deux des sujets affectés de *fièvre quarte*, dont plusieurs furent examinés pendant l'accès. — Elle n'offrit qu'un peu de sécheresse dans trois des cas où le type de la fièvre changea plusieurs fois; et il n'y eut de diarrhée dans aucun d'eux.

En supposant que les cas dans lesquels la langue était un peu plus rouge que dans l'état naturel dussent être rapportés à une faible nuance d'inflammation, ils n'étaient pas nombreux, et se trouvaient dans la proportion des autres symptômes.

2° Relativement à l'arrière-bouche, voici ce qui eut lieu. Quatre malades atteints de *fièvre quotidienne* offrirent une rougeur plus ou moins marquée d'une partie, ordinairement considérable, de l'arrière-bouche, accompagnée de douleurs; et chez l'un d'eux, le voile du palais et les amygdales étaient volumineux et tendus. — La même rougeur et la même augmentation de volume des mêmes organes eurent lieu, dans deux cas de *fièvre tierce* : il y eut, dans deux autres, une simple rougeur accompagnée de douleur au voile du palais et au pharynx. — Ces parties ne présentèrent rien de remarquable chez les sujets atteints de *fièvre quarte*; mais deux des malades dont l'affection revêtit successivement *plusieurs types*, eurent le pharynx et la luette plus ou moins rouges.

Ces faits, dont la nature ne peut être mise en doute, me semblent précieux, en ce qu'ils montrent plus clairement

qu'aucun autre, la part que prennent aux affections, même intermittentes, les divers organes de l'économie.

§ 6.

Des symptômes cérébraux.

La céphalalgie eut lieu dans tous les cas de *fièvre quotidienne*, hors trois. Elle était continue dans six, limitée au temps de l'accès dans les autres; plus considérable dans la période de chaleur que dans celle de froid, chez douze sujets, plus marquée au contraire dans le frisson, chez six; à peu près égale dans les périodes de chaud et de froid dans les autres. — Elle fut accompagnée d'une agitation violente chez plusieurs sujets, d'un délire plus ou moins remarquable chez cinq. Ce délire eut lieu tous les deux jours dans un cas, et il se renouvela constamment à chaque accès, dans un autre, pendant huit jours.

A part deux sujets atteints de *fièvre tierce*, tous eurent de la céphalalgie; cinq, sans interruption; le reste, pendant la durée de l'accès seulement. La céphalalgie eut plus de vivacité dans la période de froid que dans celle de la chaleur, dans six cas; ce fut le contraire dans les autres. Trois sujets eurent des vertiges; un quatrième, de l'assoupissement; un cinquième, de l'agitation pendant la nuit; trois, un peu de délire. Ce symptôme n'eut lieu qu'une fois chez l'un d'eux; il se reproduisit dans quatre accès consécutifs chez les autres.

Sept des huit malades affectés de *fièvre quarte* eurent de la céphalalgie; l'un d'eux après l'accès, les autres pendant l'accès seulement, dans la période de chaleur surtout. Aucun n'eut de délire.

Tous ceux, hors quatre, dont la fièvre prit successive-

ment *plusieurs types*, eurent des maux de tête; cinq, d'une manière continue, le reste pendant la durée de l'accès. La céphalalgie fut plus marquée pendant la sueur que dans les autres stades, dans un cas; pendant la chaleur, dans deux; pendant le frisson, dans trois; elle fut à peu près uniforme dans le cours des trois stades, chez le reste des sujets. — Un seul malade eut du délire pendant plusieurs accès.

§ 7.

Des organes des sens.

1° Des *épistaxis* copieuses et répétées eurent lieu chez sept sujets atteints de fièvre quotidienne; dans deux cas de fièvre tierce, dans deux autres de fièvre quarte, et elles furent plus abondantes dans ces derniers que dans aucun autre.

2° Quatre sujets atteints de fièvre quotidienne eurent des *bourdonnements et des sifflements d'oreille;* un cinquième eut *l'ouïe dure.* — Les bourdonnements existèrent dans un cas de fièvre tierce, et dans un de ceux où l'affection prit successivement plusieurs types.

3° Un malade eut, au neuvième accès d'une fièvre quotidienne, une *éruption* de plaques ortiées; trois eurent des vésicules d'herpès aux lèvres, quatre et cinq jours après le début. La même éruption eut lieu du cinquième au neuvième jour d'une fièvre tierce, dans quatre cas; et, dans un cinquième, des papules rouges, non purulentes, se développèrent après plusieurs accès, sur presque toute la surface du corps. J'observai des papules semblables chez un malade atteint de fièvre quarte, le lendemain de son admission à l'hôpital; et dans un cas où la fièvre changea de *type*, il y eut une abondante éruption de taches rouges.

§ 8.

Des douleurs dans les lombes et dans les membres.

Trente des quarante sujets atteints de *fièvre quotidienne*, eurent des douleurs dans les membres et dans les lombes; quelques-uns d'une manière continue, la très grande majorité dans l'accès seulement.

Les unes et les autres manquèrent chez treize des malades dont la fièvre avait le *type tierce*; elles furent continues chez trois d'entre eux, bornées à l'accès chez les autres, et plus fortes dans la période de chaleur que dans le frisson, à deux exceptions près.

Elles eurent lieu dans quatre cas de *fièvre quarte*, pendant l'accès, et seulement dans l'un des stades de chaud ou de froid.

Quatre sujets seulement, parmi ceux dont la fièvre changea plusieurs fois *de type*, eurent des douleurs dans les membres et dans les lombes. Un cinquième eut des mouvements spasmodiques dans les extrémités pendant l'accès, du cent soixante-dixième au cent quatre-vingt-dixième jour de l'affection; et, dans un cas où la rate était très volumineuse, il y eut de l'œdème aux membres inférieurs.

§ 9.

De la toux.

La toux eut lieu de loin en loin : 1° Chez dix-huit sujets atteints de *fièvre quotidienne;* et pendant l'accès seulement, dans quatre cas où j'ai pris des informations plus précises; une fois dans le frisson, trois fois dans la période de chaleur; 2° chez treize individus affectés de *fiè-*

vre tierce ; sept fois dans le stade de froid, une fois dans celui de la chaleur, à compter du quatrième ou du cinquième accès : 3° dans treize des cas où la fièvre changea de *type ;* quatre fois pendant la durée de l'accès seulement, dans la période de frisson ou de chaleur exclusivement.

Ainsi, les altérations d'organes ou de fonctions, observées dans le cours des maladies continues fébriles, existaient aussi dans celles dont le type était intermittent ; et la différence ne consistait guère que dans le plus ou le moins de fréquence et dans le degré. Un assez grand nombre de malades eut, en effet, des douleurs dans plusieurs parties de l'abdomen, de la diarrhée, des vomissements, des nausées, de la rougeur et de la sécheresse à la langue ; de la rougeur et de la douleur dans différentes parties de l'arrière-bouche, réunies dans quelques cas à un gonflement très marqué ; plusieurs espèces d'éruptions à la surface du corps et aux lèvres, de l'anxiété, du delire : en sorte que, quelle que soit la cause du mouvement fébrile, qu'il soit continu ou intermittent, on le voit toujours s'accompagner du trouble des mêmes fonctions, de l'altération des mêmes organes : et cette liaison ou cette dépendance doit paraître d'autant plus évidente ici, que l'altération des fonctions était fréquemment bornée à la durée de l'accès.

On ne saurait prétendre d'ailleurs que les viscères dont les fonctions étaient plus ou moins altérées, fussent la cause ou le siége de la fièvre ; que le mouvement fébrile fût tantôt l'effet d'une lésion de l'estomac, tantôt celui d'une altération des bronches ou des organes qui forment l'arrière-bouche, etc., etc. ; puisque dans la plupart des cas où le trouble d'une fonction, où la lésion d'un viscère eut lieu, c'était au troisième ou au quatrième accès. Il faut encore

remarquer qu'assez souvent il y avait, chez le même sujet, plusieurs symptômes annonçant le trouble de plusieurs fonctions; que la rate avait été manifestement altérée, dès le début, dans plusieurs cas où l'arrière-bouche était enflammée consécutivement; que c'est une nouvelle raison de ne pas mettre le siége de l'affection, tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, et de considérer comme symptômes accessoires ou secondaires, ceux qui ont été successivement décrits.

ARTICLE XII.

État du sang tiré des veines pendant la vie (1).

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Douze malades furent saignés à diverses époques de l'affection, et leur sang se couvrit d'une couenne, dans cinq cas. Elle était assez ferme, épaisse et demi-transparente, dans l'un d'eux où la saignée fut faite dix jours avant le terme fatal; elle était molle, grise, verdâtre, gélatiniforme, dans les autres. Le caillot n'offrit de retrait que dans un des cas où il n'était pas couvert d'une couenne.

L'état du sang tiré des veines ne répondit pas toujours à celui qu'on observait après la mort; c'est-à-dire qu'on trouvait des caillots fibrineux sur le cadavre de quelques sujets dont le sang s'était couvert d'une couenne molle gélatiniforme pendant la vie : ce qui indique, ce me semble, que les altérations du sang, comme celles des viscères, rétrogradent à une certaine période de l'affection typhoïde; que même

(1) La saignée a été généralement bien faite dans tous les cas dont il va être question; et bien que la largeur de l'ouverture de la veine et d'autres circonstances aient quelque influence sur la coagulation du sang, je n'ai pas cru devoir en tenir compte dans mon analyse, ces circonstances étant les mêmes pour chaque groupe de faits.

dans les cas où cette maladie a une terminaison fâcheuse, le sang peut reprendre successivement ses caractères normaux, soit naturellement par suite même de la marche naturelle de la maladie, soit sous l'influence de ces lésions secondaires, ordinairement inflammatoires, qu'on rencontre si fréquemment dans le cours de l'affection qui nous occupe.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

La couenne était encore plus rare chez les malades atteints d'affection typhoïde qui ont guéri, que chez les précédents; de manière que huit seulement, sur trente-deux, me l'ont offerte. Elle était épaisse, jaunâtre, demi-transparente, dans un cas; dense et rouge, dans un autre; verdâtre, ordinairement mince, molle et gélatiniforme, dans six. — Il n'y eut de retrait que chez quatre malades, dont l'un avait le sang un peu couenneux.

3° *Chez les sujets atteints d'affections aiguës, non typhoïdes.*

Le sang fut examiné avec soin chez vingt-quatre sujets morts de *péripneumonie*, et il se couvrit d'une couenne chez dix-neuf d'entre eux; couenne ferme, épaisse à chaque saignée, dans quatorze cas; plus ou moins molle et quelquefois infiltrée dans les autres. Comme dans ceux-ci, le sang fut tiré à des époques très différentes de l'affection, dans les cas où il ne se couvrit pas de couenne. — Il n'y eut de retrait que chez les deux cinquièmes des malades, à peu près dans la même proportion chez ceux dont le sang était couenneux, et dans les cas où il était sans couenne.

La couenne était plus constante chez les cinquante-sept

péripneumoniques qui guérirent; de manière qu'elle ne manquait que chez six d'entre eux, et chez tous elle fut plus ou moins épaisse. Les six malades dont le sang ne fut pas couenneux furent saignés deux fois, et le caractère du caillot fut le même à chaque saignée. La couenne ne parut qu'à la deuxième émission sanguine dans cinq cas, et le contraire eut lieu dans quelques autres. — Il y eut un retrait plus ou moins considérable chez trente-trois sujets.

Le sang ne se couvrit d'une couenne légère que dans trois cas, sur cinq d'*hydrocéphale*, de *ramollissement du cerveau*, ou d'*apoplexie*; et dans un autre, relatif à un individu mort de ramollissement cérébral, non seulement il n'y eut pas de couenne, mais le sang ne se prit pas en masse : il resta demi-liquide.

Chez cinq sujets atteints de *scarlatine*, de *variole*, et de *rougeole*, dont l'issue a été heureuse, le sang se couvrit d'une couenne mince, peu résistante, à part un cas de scarlatine où elle était ferme et épaisse.

La couenne avait ce dernier caractère dans l'*érysipèle* de la face, cinq fois sur sept, et dans quatre cas d'*angine gutturale*. Elle fut molle dans un cinquième. La couenne était encore ferme et très épaisse, chez les neuf dixièmes des individus atteints de *rhumatisme*. Deux sujets affectés de *zona* ayant été saignés, n'en offrirent pas. Elle était assez épaisse dans trois cas d'*erythema marginatum* où le mouvement fébrile fut bien marqué; mince, au contraire, chez quatre des quinze malades affectés de *catarrhe pulmonaire*, qui furent saignés. Il n'y en avait pas chez les autres.

En définitive, la couenne et le retrait du caillot paraissent dépendre des mêmes circonstances, puisque dans les affections où le sang se couvrit rarement de couenne, et où cette

couenne fut molle et gélatiniforme, quand elle eut lieu, le caillot n'offrit de retrait que dans un très petit nombre de cas. L'état du sang était, comme les symptômes, à peu près le même chez les sujets atteints de la même affection, quelle qu'en fût la terminaison, et il offrait des différences plus ou moins remarquables suivant l'espèce de maladie dont les individus étaient atteints; en sorte que, si les symptômes de l'affection typhoïde diffèrent beaucoup de ceux des autres maladies, il en est généralement de même de l'état du sang, à part celui des individus atteints d'affections cérébrales, et qui sont en trop petit nombre, malheureusement, pour qu'il soit possible de les comparer rigoureusement, sous ce rapport, avec ceux qui éprouvèrent l'affection typhoïde.

Mais si l'altération du sang est constante dans le cours de nos diverses affections, est-elle consécutive ou antérieure à leur début? Suite nécessaire des maladies, en est-elle quelquefois la cause? Ce problème est impossible à résoudre dans l'état actuel de la science, et l'on conçoit combien l'incertitude qui règne sur ce point peut se prolonger, puisque la saignée, le meilleur moyen d'arriver à une démonstration rigoureuse, ne peut être faite qu'au moment où l'on est déjà malade, et que si alors (quelque rapprochée qu'elle soit du début), le sang offre la plus légère altération, on peut la croire consécutive. Toutefois, cette altération, loin d'être invraisemblable, est, au contraire, fort à présumer dans plusieurs cas. Elle n'est point invraisemblable, puisqu'on voit tous les jours des affections locales survenir chez les animaux à la suite de l'injection de certaines substances dans leurs veines, et des poisons en particulier; que plusieurs virus, celui de la variole et de la vaccine, ont très probablement le sang pour véhicule. Elle est présumable dans plusieurs cas de maladies d'organes placés à portée de la

vue, chez quelques sujets atteints d'angine gutturale et d'érysipèle, par exemple, quand ces maladies sont précédées, pendant un espace de temps plus ou moins considérable, de symptômes généraux, qui ne peuvent pas être attribués à l'affection locale qui n'existe pas encore, et ont néanmoins une cause qui semblerait plutôt résider dans le sang que partout ailleurs. Des symptômes semblables, plus ou moins violents, précèdent l'éruption de la variole; n'est-il pas vraisemblable que le sang en est plutôt la source qu'un organe profondément situé, que du reste on ne saurait indiquer avec certitude? Sans doute ces probabilités ne sont pas des démonstrations; mais elles indiquent qu'il y a ici un point d'une extrême importance à éclairer, et vers lequel on ne saurait trop diriger son attention.

Telles étaient les réflexions auxquelles j'étais naturellement conduit, en 1828, par l'analyse des faits. Depuis, l'état du sang dans le cours des maladies aiguës, et en particulier dans celle dont je m'occupe spécialement dans cet ouvrage, a fixé l'attention des médecins. Je citerai parmi eux M. Bouillaud, qui, dans le premier volume de sa *Clinique*, pages 307 et suivantes, remarque que « dans la période » de l'affection typhoïde où les phénomènes inflammatoires » l'emportent sur les phénomènes typhoïdes ou putrides, » le sang n'a pas encore très notablement perdu de sa con- » sistance; qu'alors le caillot peut se couvrir d'une couenne » partielle ou générale; que dans la seconde période, celle » où les phénomènes putrides ou typhoïdes sont très pro- » noncés, le caillot du sang est constamment plus mou que » dans l'état normal; que cette mollesse peut être telle que » le sang ne forme plus qu'une sorte de pulpe diffluente, de » magma noirâtre. Dans les cas de ce genre, s'il se trouve » une couenne, elle est mollasse, infiltrée, gélatiniforme. »

Jusque-là, les résultats de l'observation de M. Bouillaud sont assez semblables à ceux que j'ai exposés. Mais ce médecin ne me semble plus dans le vrai quand il affirme que le sang typhoïde ne peut être confondu non seulement avec le sang franchement inflammatoire, mais avec le sang de tout autre état morbide, dans lequel il n'a pas existé de véritables phénomènes typhoïdes (page 309).

Déjà, en effet, j'ai cité un cas de ramollissement aigu du cerveau dans lequel le sang, à peine cailleboté, était aussi profondément altéré que dans aucun cas d'affection typhoïde : ce qui suffirait pour montrer que la proposition de M. Bouillaud est trop générale. Et, d'un autre côté, parmi les cas graves d'affection typhoïde, exposés par M. Bouillaud lui-même dans l'ouvrage indiqué, il en est dans lesquels le caillot de la saignée fut d'une consistance moyenne, telle qu'on la trouve dans un grand nombre de maladies non typhoïdes (obs. 10). J'ajoute que l'altération du sang fut profonde, que ce liquide était seulement cailleboté, dans plusieurs cas d'affection typhoïde considérés par M. Bouillaud comme de moyenne gravité, ou comme légers (obs. 15, 20, 29) ; en sorte qu'il est vrai de dire que si le sang est plus ou moins profondément altéré dans le cours de l'affection typhoïde, comme je le remarquais moi-même il y a douze ans, cette altération n'est ni constante, ni entièrement propre à cette maladie, ni toujours proportionnée à la gravité des accidents, à beaucoup près, et que, par conséquent, on ne peut pas dire que le sang des individus atteints d'affection typhoïde ne peut être confondu avec celui de tout autre état morbide.

On imprimait ces lignes quand parut le Mémoire de MM. Andral et Gavaret *Sur les modifications de propor-*

tion de quelques principes du sang dans les maladies (1). Les recherches de ces messieurs confirment celles que j'ai faites et les remarques qui précèdent; et comme elles reposent sur des faits nombreux, je crois devoir en citer ce qui se rapporte directement à mon sujet.

Et d'abord, je rappellerai au lecteur que MM. Andral et Gavaret, envisageant les maladies relativement au changement qu'elles peuvent amener dans la composition du sang, les divisent en quatre classes : 1° Les *phlegmasies*, dans lesquelles la fibrine est constamment augmentée; 2° les *pyrexies*, dans lesquelles la fibrine n'augmente jamais, et souvent diminue; 3° les maladies dans lesquelles il y a une diminution constante des globules, comme la *chlorose;* 4° enfin, les affections dans lesquelles l'altération fondamentale du sang porte sur l'albumine du sérum, qui est diminuée, comme dans la maladie de Bright.

Les pyrexies comprennent, suivant MM. Andral et Gavaret, les prodromes des fièvres continues, les fièvres continues simples, les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives (variole, varioloïde, rougeole, scarlatine), les congestions et les hémorrhagies cérébrales. Dans toutes ces maladies, sur lesquelles il ne conviendrait pas de discuter ici, le sang subit des modifications analogues, la fibrine est en quantité normale ou diminuée, en même temps que les globules sont en quantité normale ou augmentée. « Dans la *fièvre* » *typhoïde* en particulier, quelle que soit la période à la- » quelle on examine le sang, on ne trouve jamais la fibrine » élevée au-dessus de son chiffre physiologique ; elle le » conserve assez souvent, mais souvent aussi elle s'abaisse » au-dessous de lui, offrant ainsi une manière d'être inverse

(1) Voyez l'*Expérience*, année 1840, n° 165.

» de celle qu'elle offre dans toute phlegmasie. En outre, tandis que dans celle-ci la fibrine augmente en raison directe » de l'intensité de la maladie, dans la fièvre typhoïde, au » contraire, la fibrine diminue en raison directe de la gravité de cette fièvre. La fièvre typhoïde est de toutes les » maladies, celle où nous avons vu, disent MM. Andral » et Gavaret, le chiffre de la fibrine descendu le plus bas. — » Quant aux globules, tandis que dans la phlegmasie ils se » montrent assez souvent avec un chiffre peu élevé dès » le début de la maladie, dans la fièvre typhoïde, c'est » une tendance inverse qui a eu lieu : plus on examine le » sang à une époque rapprochée de l'invasion de la fièvre, » plus on trouve de cas dans lesquels non seulement les » globules n'ont pas diminué, mais dans lesquels ils ont » augmenté d'une manière très notable. — En résumé, » une diminution de la fibrine d'autant plus marquée et plus » considérable que la fièvre typhoïde a elle-même plus de » gravité, voila le trait caractéristique de l'altération du » sang dans cette maladie. Un autre trait qui pourrait être » considéré comme une conséquence du premier, c'est un » excès de globules par rapport à la fibrine; mais dans » les premiers temps il n'y a, en réalité, (et cela même pas » toujours) qu'excès de globules, et la fibrine n'est alors » en moins que par rapport à eux. »

Dans les fièvres éruptives, MM. Andral et Gavaret ont obtenu les mêmes résultats généraux que dans la fièvre typhoïde et dans la fièvre continue simple.

Dans les congestions et hémorrhagies cérébrales, disent les mêmes observateurs, les résultats de l'examen du sang offre quelque chose d'inattendu et même de singulier. « En » effet, dans la majorité des cas, la fibrine était abaissée » au-dessous de son chiffre normal, tandis que les globules

» avaient conservé leur moyenne physiologique ou l'avaient » dépassée ; et ce double résultat était d'autant plus tranché, » continuent ces messieurs, que nous examinions le sang à » une époque plus rapprochée de l'invasion de la maladie. » C'est-à-dire que, comme je l'avais indiqué moi-même par l'observation simple, et c'est surtout ce que je voulais montrer, MM. Andral et Gavaret ont trouvé que l'altération du sang, qu'il est si ordinaire de trouver dans le cours de l'affection typhoïde, n'est pas propre à cette maladie, qu'on la retrouve encore dans un assez grand nombre d'autres affections aiguës; qu'il n'est pas possible, par conséquent, en voyant le sang tiré de la veine d'un malade encore jeune, de dire qu'il l'a été dans le cours d'une affection typhoïde, plutôt que dans celui d'une fièvre éruptive, ou d'une congestion, ou d'une hémorrhagie cérébrale.

CHAPITRE II.

DU DIAGNOSTIC.

Si le diagnostic n'est qu'une partie de l'histoire des maladies, cette partie en est assurément une des plus importantes, surtout quand il s'agit d'une affection grave, qui, comme celle qui nous occupe, se montre dans les degrés et sous les aspects les plus variés, qui peut facilement être confondue avec une autre, comme on le voit encore assez souvent, même de la part de quelques médecins expérimentés. On ne saurait par cela même porter une trop grande attention à cette partie de l'histoire de l'affection typhoïde, surtout si l'on considère son traitement, sur lequel il est impossible de s'entendre si l'on n'est préalablement d'accord sur les symptômes dont la réunion est nécessaire pour caractériser la

maladie ; aussi ne craindrai-je pas d'entrer ici dans les nombreux détails qui me semblent indispensables à l'intelligence du sujet.

Dans un premier article, je montrerai comment on peut arriver au diagnostic de l'affection typhoïde dans les cas graves et légers, quand les symptômes plus ou moins caractéristiques sont assez nombreux. Dans un second article, j'exposerai l'histoire de quelques malades dont l'affection eut une terminaison fâcheuse et fut méconnue, à une époque déjà éloignée, il est vrai, quand la confusion régnait encore dans l'étude de la maladie qui nous occupe. Dans un troisieme article, j'exposerai des faits dans lesquels les symptômes caractéristiques étant beaucoup plus prononcés que les lésions, la maladie eût certainement été méconnue à l'ouverture du corps, sans une attention assez grande, qui, du reste, ne doit jamais abandonner l'observateur. Enfin, dans autant d'articles séparés, j'exposerai des faits qui auraient pu être pris pour autant de cas d'affection typhoïde, bien qu'étrangers à cette maladie, et je recherchérai si le typhus des camps et le typhus fever de l'Angleterre, sont la même maladie que l'affection typhoïde.

ARTICLE PREMIER.

Du diagnostic dans les cas graves et légers, non latents.

Si les douleurs de ventre, et surtout la diarrhée qui eut lieu, à trois exceptions près, chez tous les malades dont nous avons étudié l'histoire, sont d'une grande importance pour la détermination du début de l'affection, elles en ont encore beaucoup relativement au diagnostic ; vu que si on les rencontre encore dans le cours d'autres maladies aiguës, c'est, (j'en excepte l'entérite proprement dite) dans une proportion beau-

coup moindre, à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, et très différente, par conséquent, de celle à laquelle apparaissent ces symptômes dans le cours de l'affection typhoïde.

Les symptômes gastriques, les douleurs à l'épigastre, les nausées et les vomissements, sont d'une bien moindre valeur sous le point de vue qui nous occupe, puisqu'ils se montrent à peu près de la même manière et à un degré souvent plus remarquable, dans d'autres affections. J'en dirai autant de la chaleur et de l'accélération du pouls, bien qu'elles soient plus marquées dans le cours de l'affection typhoïde que dans aucune autre; de la céphalalgie, des douleurs dans les membres, et même, jusqu'à un certain point, du délire. Mais les autres symptômes, dont quelques uns, considérés en eux-mêmes, n'offrent pas de gravité, sont plus ou moins caractéristiques de l'affection typhoïde, et méritent une grande attention.

Parmi eux se trouvent l'épistaxis, qu'on observe si souvent dans cette maladie; les taches roses, lenticulaires, de la peau, qui ont beaucoup plus d'importance, puisqu'elles existent dans presque tous les cas, et sont fort rares dans d'autres maladies aiguës, si même on les y observe quelquefois; les *sudamina*, quand ils sont larges et nombreux; le météorisme, les bourdonnements d'oreille, la surdité, le trouble de la vue, l'hémorrhagie intestinale, l'augmentation du volume de la rate, l'assoupissement, la stupeur, une débilité extrême, peu en rapport avec les autres symptômes; les eschares au sacrum, les ulcérations, puis la destruction entière de la peau sur laquelle ont été appliqués des vésicatoires; les mouvements spasmodiques ou la contraction permanente des muscles des différentes régions du corps; phénomènes extrêmement rares, ou qui n'ont pas

lieu dans les autres affections aiguës, et qui s'y présentent, quand on les y observe, à un médiocre degré. Quand ces symptômes existent en plus ou moins grand nombre chez le même sujet, on ne peut douter qu'il ne soit atteint de l'affection typhoïde, que les plaques elliptiques de l'intestin grêle ne soient le siége de la lésion qui a été décrite : car si on les observe encore quelquefois isolément, dans le cours d'autres maladies aiguës, il n'en est pas de même de leur réunion en certain nombre. Aucune difficulté, dès-lors, dans les cas où ces symptômes existent. Mais les plus importants manquent quelquefois, la plupart ne se montrent qu'à une certaine époque de l'affection ; il faut donc pour la reconnaître dans tous les cas, et à une époque assez rapprochée du début, examiner avec soin l'ordre et la succession des symptômes qui, considérés indépendamment de cette succession, seraient insuffisants pour le diagnostic.

Si la maladie atteint un jeune sujet, et débute, comme cela a lieu dans la majeure partie des cas, sans cause appréciable, par un frisson plus ou moins violent, la céphalalgie, des douleurs de ventre, la diarrhée, l'anorexie, la soif; si la faiblesse devient promptement considérable, supérieure à ce qu'elle est dans l'entérite proprement dite ; si les malades chancellent sur leurs jambes, le mouvement fébrile étant beaucoup plus considérable que dans cette dernière affection ; on doit, sinon affirmer de la manière la plus positive l'existence de l'affection typhoïde, au moins la soupçonner fortement, et beaucoup plus que toute autre maladie. Bientôt viennent de nouveaux symptômes qui ne permettent plus de doute ; des taches roses, lenticulaires, se développent, du septième au douzième jour de l'affection, sur l'abdomen et sur la poitrine ; il existe des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, un peu d'assoupissement et de

toux, un râle sec et sifflant dans toute l'étendue de la poitrine, un léger météorisme; dès lors la maladie ne peut être méconnue; il est inutile d'attendre, pour reconnaître ou annoncer son existence, que la langue devienne sèche et noirâtre, que les dents soient encroûtées; avec d'autant plus de raison que ces symptômes peuvent manquer et manquent en effet très souvent, dans tout le cours de l'affection, qu'ils se montrent fréquemment, comme on l'a vu plus haut, dans d'autres maladies, et n'ont par cela même rien de caractéristique. Il n'est pas non plus nécessaire d'attendre, pour se prononcer, l'apparition de la stupeur, du délire ou des spasmes, malgré leur importance, quand ils existent, puisqu'ils n'ont pas constamment lieu, à beaucoup près.

Ces cas, dans lesquels l'affection suit sa marche accoutumée, n'offrent pas de difficultés réelles; mais il n'en est pas ainsi dans des circonstances différentes, quand, par exemple, les malades n'ont, plusieurs jours de suite, ni diarrhée, ni douleurs de ventre. Toutefois, alors même, et avant le développement des symptômes les plus graves ou les plus caractéristiques, on peut très bien présumer ou reconnaître la maladie, quoiqu'avec moins de certitude assurément, que quand la diarrhée est plus ou moins intense. Car si cette diarrhée n'existe pas, c'est une raison d'écarter toute idée d'une entérite proprement dite; et si le mouvement fébrile est prononcé, si la prostration est considérable, si aucun organe ne donne les signes d'une lésion plus ou moins profonde, si l'appétit est très diminué ou nul, le malade dans les circonstances d'âge et de lieu indiquées; ces symptômes ne convenant guère qu'à l'affection typhoïde, on ne peut soupçonner qu'elle, comme je l'ai fait remarquer à la suite de plusieurs observations.

Mais dans ces cas, comme dans ceux où la maladie suit la marche la plus ordinaire, le diagnostic devient plus certain à mesure qu'on s'éloigne du début; car alors les symptômes les plus caractéristiques se développent, et si tous n'ont pas lieu, on en trouve toujours quelques-uns dont la présence, rapprochée de la marche des moins significatifs, ne peut laisser de doute. Là où le météorisme manque, il y a de la somnolence, du délire, une faiblesse extrême, des taches roses, lenticulaires, des bourdonnements d'oreille, de la surdité, des éblouissements, des soubresauts, etc., etc.; et aucune autre affection n'offre cet ensemble de symptômes.

On pourrait encore reconnaître la maladie dans des cas où les symptômes caractéristiques sont moins nombreux, ou très passagers. Si, par exemple, un individu jeune encore (car cette condition est de rigueur) avait une diarrhée légère, accompagnée d'un mouvement fébrile un peu supérieur à celui qui a lieu dans l'entérite proprement dite; si cette diarrhée ne cédait pas à la diète et aux adoucissants; si les matières fécales étaient mêlées, à une certaine époque de l'affection, d'une médiocre quantité de sang liquide ou en caillot; s'il y avait eu parfois un peu de météorisme, des bourdonements d'oreilles et un peu de surdité, la faiblesse étant considérable : bien qu'on n'eût observé ni *sudamina*, ni taches lenticulaires, ni délire, on devrait annoncer une affection typhoïde (obs. 44). Ce dont nous aurons des preuves bien positives dans l'article suivant, par l'exposition des faits relatifs à la forme latente de la maladie.

On conçoit d'ailleurs qu'il serait possible, pendant quelques jours, de confondre l'affection typhoïde avec toutes celles qui, comme cette dernière, ne donnent pas lieu à des symptômes caractéristiques à leur début, ou pendant un certain nom-

bre de jours. Ainsi les symptômes de la variole avant l'éruption, ou pendant un espace de temps qui peut varier de deux à huit jours, pourraient faire croire à une affection typhoïde dans laquelle les symptômes locaux manqueraient ou se feraient long-temps attendre, comme cela arrive quelquefois. Car pendant cette période on n'observe guère qu'un mouvement fébrile plus ou moins considérable, de la céphalalgie, des douleurs dans les membres et dans les lombes, du malaise, quelquefois beaucoup d'anxiété, ou même une sorte de stupeur avec une congestion plus ou moins marquée de la face, sans altération spéciale d'une fonction quelconque, à part les vomissements qui ont lieu quelquefois. Mais ce symptôme lui-même se présente aussi quelquefois dans l'affection typhoïde, à une époque rapprochée de son début, et il est loin d'être très fréquent dans la variole elle-même, au moins chez l'adulte; en sorte que sa présence ne ferait pas disparaître les difficultés du diagnostic. Une anxiété extrême, survenue dans les circonstances indiquées, au quatrième ou au cinquième jour de l'affection, devrait faire pencher pour l'existence d'une variole; car ce symptôme est bien rare dans l'affection typhoïde, à une époque si rapprochée du début de la maladie. La violence des douleurs lombaires conduirait encore au même soupçon : mais évidemment il y aurait de l'incertitude pendant un espace de temps qui pourrait varier de trois à huit ou même neuf jours, ou jusqu'au moment où l'éruption variolique ou les symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde apparaitraient : et cette incertitude serait d'autant plus inévitable qu'il y aurait, dans le pays qu'on habiterait, un plus ou moins grand nombre de cas de variole.

On pourrait encore confondre avec l'affection typhoïde, le ramollisement central du cerveau, dans les premiers

jours de son existence, ainsi que cela m'est arrivé à l'hôpital de la Pitié en 1830. A cette époque, en effet, j'eus occasion d'observer un jeune garçon qui avait éprouvé, au début de sa maladie, après un frisson plus ou moins intense, une céphalalgie violente, accompagnée d'une chaleur forte, de soif, d'anorexie, avec une diminution considérable des forces Bientôt, après quatre ou cinq jours, la faiblesse faisant des progrès continuels, sans qu'il y eût d'ailleurs de paralysie véritable, la langue devint sèche, puis encroûtée et brunâtre, l'intelligence fut chaque jour plus obtuse, l'assoupissement plus profond, comme au plus haut degré de la fièvre typhoïde; et le malade mourut au huitième jour de l'affection, sans avoir eu de diarrhée; sans qu'on eût observé de taches roses, lenticulaires, de gonflement de la rate, de météorisme: et à l'ouverture de son corps, on trouva pour toute lésion, ou pour lésion principale, un ramollissement blanc de la voûte à trois piliers et du corps calleux dans sa partie moyenne, tandis que l'intestin grêle, les plaques elliptiques de Peyer et les glandes mésentériques étaient dans l'état naturel.

Ici évidemment, le diagnostic avait été précipité, et s'il pouvait encore rester incertain après un examen approfondi, au moins était-il possible d'éviter l'erreur. Car s'il y eut dans ce cas, comme dans l'affection typhoïde, un mouvement fébrile considérable, une grande prostration des forces, la céphalalgie avait été plus considérable qu'elle ne l'est ordinairement dans cette maladie, ce qui pouvait déjà, comme le font remarquer MM. Rilliet et Taupin, au sujet de la méningite des enfants comparée à l'affection typhoïde du premier âge, donner des doutes sur l'existence de cette maladie: et ces doutes auraient été confirmés par le manque de diarrhée, de météorisme, de taches

roses, lenticulaires, d'augmentation du volume de la rate au dix-huitième jour de l'affection. En sorte qu'on doit seulement tirer de ce fait cette conséquence, qu'il faut bien se garder de conclure l'existence de l'affection typhoïde d'un mouvement de fièvre considérable, accompagné d'une céphalalgie intense, d'une grande prostration des forces, avec sécheresse et couleur brunâtre de la langue, quand d'ailleurs on n'observe aucun symptôme du côté de l'abdomen; qu'il faut encore, pour éviter toute erreur de diagnostic, un peu de météorisme, quelques taches roses, lenticulaires, le trouble des fonctions des organes des sens, l'augmentation du volume de la rate, quelques hémorrhagies nasales.

Un fait assez semblable à celui que je viens de citer s'est encore offert à mon observation, il y a moins de deux mois. Je veux parler d'un jeune garçon, d'une constitution assez forte, âgé de vingt-deux ans, qui tomba malade le premier juillet 1840. Il fut pris, au début, d'une céphalalgie sus-orbitaire très intense, accompagnée de lassitudes générales, sans frissons, et de perte incomplète d'appétit. La nuit fut très agitée. Dans les cinq jours qui suivirent, ces symptômes persistèrent, et le malade avait des étourdissements dès qu'il voulait se lever, ou seulement se mettre à son séant; il continua à manger, quoique moins que de coutume, eut de deux à trois selles par jour, comme dans l'état de santé; et il n'éprouva ni épistaxis, ni bourdonnement d'oreilles, ni délire. Le 7 août au matin, n'ayant pu venir à pied a l'hôpital, à cause de sa faiblesse, il avait la figure un peu bouffie, assez colorée, avec une expression d'indifférence bien marquée; la céphalalgie persistait, l'intelligence, la mémoire et les sens étaient intacts; le malade avait des étourdissements dès qu'il quittait le décubi-

tus horizontal ; sa langue était humide et couverte d'un enduit blanchâtre assez épais, son appétit seulement déprimé ; la soif était médiocre, le ventre bien conformé, la peau sèche, chaude, un peu injectée, sans taches ni sudamina ; le pouls à soixante-douze, sans caractère particulier ; le bruit respiratoire mêlé de râle sonore en arrière, des deux côtés, universellement, et il y avait un peu de toux depuis trois jours.

Dès lors, jusqu'au 16 août, jour de la mort, la céphalalgie fut non interrompue ; il y eut un peu de délire dans la nuit du 8 au 9, de l'agitation seulement dans la suivante, de nouveau du délire pendant les nuits, à partir du 13, quelquefois aussi dans la journée ; tantôt du calme, tantôt de l'agitation, de manière qu'on fut quelquefois dans l'obligation d'employer le gilet de force. La somnolence alterna avec le délire dans les trois derniers jours, et quand on en tirait le malade, il accusait des douleurs de tête. Il parlait avec répugnance dès le 12 ; il paraissait avoir l'oreille un peu dure le 13, sans bourdonnements, toutefois.—Le pouls devint successivement plus accéléré à partir du 9, en sorte qu'il battait cent-seize fois par minute, le 14, cent-dix fois, le 15, toujours régulier, peu ou très médiocrmeent développé. La peau fut presque toujours sèche et très chaude, sans la moindre éruption. — La langue ne cessa pas d'être humide, fut ordinairement un peu rouge au pourtour et blanchâtre au centre ; le ventre ne fut un peu météorisé que le 15. Le même jour et les précédents, les selles furent nombreuses et involontaires, bien que le malade n'eût pris un peu d'eau de Seltz que dans les deux premiers jours qui suivirent son admission à l'hôpital. — La toux persista, toujours peu incommode, accompagnée d'un râle sec et sonore : et à l'ouverture du cadavre, on trouva, entre autres lésions re-

marquables, granulations banchâtres, aplaties, de moins d'un millimètre de largeur, dans l'épaisseur de la pie-mère, beaucoup plus nombreuses dans la scissure de Sylvius, et surtout dans l'épaisseur des plexus choroïdes que partout ailleurs ; quatre à cinq cuillerées d'une sérosité citrine, dans les ventricules latéraux, qui communiquaient entre eux par une large ouverture pratiquée aux dépens de la cloison demi-transparente, laquelle était en partie détruite, extrêmement ramollie, et restée blanchâtre. Un ramollissement semblable, un peu moins considérable seulement, occupait une partie de l'épaisseur du corps calleux, les corps striés et les couches optiques des deux côtés. Des granulations extrêmement nombreuses, semblables à celles qui se trouvaient dans les méninges, un peu plus grosses seulement, existaient dans les deux poumons ; la rate, qui était un peu volumineuse et très ramollie, en offrait aussi un grand nombre d'un volume et d'une consistance moindres ; les plaques elliptiques de Peyer et les glandes mésentériques étaient dans un état d'intégrité parfait ; les membranes muqueuses de l'estomac et du colon n'offraient rien de remarquable.

Certes, en considérant l'âge du sujet, la céphalalgie, le malaise, les douleurs dans les membres, la diminution des forces et de l'appétit, le mouvement de fièvre qui eut lieu au début, on pouvait croire, dans les premiers jours de la maladie, avoir affaire à une affection typhoïde. On pouvait encore persister dans cette manière de voir dans la suite, en portant son attention sur le délire, la somnolence, la toux, le râle sifflant et la diarrhée des derniers jours. Cependant, en considérant la succession des symptômes, le caractère de quelques-uns d'entre eux, le manque de plusieurs autres, on devait hésiter à reconnaître, dans le cas dont il s'agit, une affection typhoïde, et incliner pour

une affection cérébrale. En effet, la céphalalgie était plus violente qu'elle ne l'est généralement dans l'affection typhoïde, et elle existait encore dans toute sa force dans les derniers temps, au milieu du délire ou de l'assoupissement qui le remplaçait. D'un autre côté, il n'y eut pas de trouble évident dans l'exercice des fonctions des organes des sens; le pouls ne fut pas accéléré d'une manière sensible dans les huit premiers jours de la maladie; il n'y eut de diarrhée qu'à sa terminaison, en quelque sorte, comme on l'observe si souvent dans le cours des affections aiguës les plus ordinaires; le ventre ne fut douloureux à la pression à aucune époque; il fut à peine le siége d'un léger météorisme pendant vingt-quatre heures; il n'y eut d'éruption typhoïde et de *sudamina* à aucune époque. Ces faits et ces considérations devaient l'emporter sur les autres, et suffisaient pour écarter l'idée d'une affection typhoïde : car, qu'on le remarque bien, il n'y eut, pendant la plus grande partie du cours de la maladie, aucun symptôme du côté de l'abdomen, ces symptômes si essentiels, pour ainsi dire, au caractère de l'affection; il n'y eut pas de trouble dans les fonctions des organes des sens, et à aucune époque il n'y eut de *sudamina*, de taches roses, lenticulaires, ces taches qu'il est si rare de voir manquer dans le cours de l'affection typhoïde.

Ainsi, le jeune âge, un mouvement fébrile plus ou moins marqué, la céphalalgie, le malaise, l'altération des traits, la prostration plus ou moins marquée des forces, la diminution, puis la perte de l'appétit, et, ultérieurement, la diarrhée, le délire, la somnolence, ne suffisent pas, indépendamment de tout autre symptôme local, au début, pour établir le diagnostic de l'affection typhoïde. Il faut, pour cela, qu'on puisse joindre aux symptômes indiqués la diarrhée et les douleurs de ventre au début, ou très peu après le début; puis,

plus ou moins promptement, le météorisme de l'abdomen, ou le développement de la rate, ou la présence des taches roses, lenticulaires, le trouble des fonctions des organes des sens. Toutefois, et les cas d'affection typhoïde latente en seront bientôt la preuve, la diarrhée pourrait manquer sans que le diagnostic de l'affection fût moins certain, si, d'ailleurs, les autres symptômes que je viens de rappeler, existaient.

On pourrait, d'après cette courte discussion et tout ce qui précède, caractériser ainsi l'affection typhoïde : maladie aiguë, accompagnée d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, variable dans sa durée, propre aux jeunes sujets, principalement à ceux qui se trouvent depuis peu de temps au milieu de circonstances nouvelles pour eux ; débutant par un frisson violent, l'anorexie, la soif, et, dans la très grande majorité des cas, par des coliques et la diarrhée; bientôt accompagnée d'une faiblesse peu en proportion avec les autres symptômes, puis, plus ou moins promptement, de somnolence, d'étourdissements, de trouble de la vue, de bourdonnements d'oreille, de stupeur, de délire, de météorisme, d'augmentation sensible du volume de la rate, de *sudamina*, de taches roses, lenticulaires, d'eschares au sacrum, d'ulcérations plus ou moins profondes de la peau dans les points occupés par les vésicatoires, de surdité, de mouvements spasmodiques variés, ou de contraction permanente, quelquefois d'hémorrhagie intestinale, bien rarement d'aphonie ; symptômes dont les uns se dissipent après un certain temps, dont les autres augmentent, pour la plupart, d'une manière progressive, quand les malades succombent, ou diminuent plus ou moins rapidement pour disparaître enfin tout-à-fait, si l'affection a une heureuse issue : dont le caractère anatomi-

que consiste dans une altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum.

Ce qui vient d'être dit, et les faits exposés antérieurement, au sujet des symptômes, montrent sans doute assez la différence qui existe entre l'affection typhoïde et l'entérite proprement dite; néanmoins, comme on a cru, et comme quelques personnes croient encore à leur identité, il ne sera pas inutile de rapprocher les faits, et de montrer combien ces affections diffèrent sous le triple rapport du siége, des symptômes et de la gravité (1).

Sous le rapport de la gravité, la différence est extrême; car tandis que la troisième partie des sujets atteints d'affection typhoïde que j'ai observés a succombé, l'entérite aiguë n'a été funeste qu'à deux des quatre-vingt-six sujets dont j'ai recueilli l'histoire; encore, de ces deux cas en est-il un relatif à une femme qui avait depuis plusieurs mois une affection de l'ovaire, au moment du début de l'entérite, et dont je ne devrais peut-être pas faire mention ici, mes analyses ne portant que sur des individus qui jouissaient d'une bonne santé, à l'époque où ils furent pris de l'une des maladies qui ont été successivement passées en revue. Quoi qu'il en soit, toujours est-il que l'entérite est si rarement mortelle, dans sa forme aiguë, quand elle affecte des sujets *sains*, qu'il serait difficile d'en démontrer le siége d'une manière rigou-

(1) Je prie le lecteur de remarquer que ceci a été écrit en 1828; que si, aujourd'hui, la distinction dont il s'agit peut paraître une redite à quelques personnes, cela prouve seulement que les résultats auxquels je suis arrivé à cet égard, ont été reconnus vrais. Il importe d'ailleurs de s'opposer au retour de la confusion qui a eu lieu pendant si longtemps, et par conséquent de conserver les faits et les rapprochements qui ont concouru à la faire disparaître.

reuse, si elle n'était très fréquente chez ceux qui succombent à d'autres affections aiguës.

Chez ceux-ci, en effet, comme on l'a vu dans la deuxième partie de cet ouvrage, les membranes muqueuses du gros intestin et de l'intestin grêle étaient fréquemment altérées, ramollies, rouges ou pâles, épaissies ou non épaissies, à divers degrés; mais les plaques elliptiques étaient, ou saines, ou avaient seulement partagé, en partie, la lésion de la muqueuse environnante, et n'offraient d'altération spéciale dans aucun cas : tandis que chez *tous* les sujets morts après avoir éprouvé les symptômes de l'affection typhoïde, les mêmes plaques étaient plus ou moins profondément altérées, ramollies, épaissies, rouges ou bleuâtres, ulcérées, ou non ulcérées; que chez plusieurs d'entre eux, il n'y avait pas d'autre lésion du canal intestinal. De plus, certaines lésions secondaires, les diverses ulcérations des membranes muqueuses, si fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde, n'avaient lieu dans aucun cas d'entérite proprement dite; en sorte qu'il y a réellement peu de maladies plus distinctes par leur siége et leur nature, que celles qui nous occupent, et que, sous ce dernier point de vue, elles diffèrent davantage l'une de l'autre, que le catarrhe pulmonaire de la péripneumonie, la rougeole de la variole, puisque les lésions secondaires qui se développent dans le cours de ces maladies n'offrent que des différences de proportion, et qu'entre l'affection typhoïde et l'entérite, cette différence n'est pas la seule.

Quant aux symptômes, qu'on les étudie chez les sujets qui succombent ou chez ceux qui guérissent, la différence est toujours la même. Tandis que l'affection typhoïde débute par un mouvement fébrile ordinairement intense, bientôt accompagné de la perte des forces, dans une proportion supérieure à celle des autres symptômes, de somnolence, de

stupeur, de délire, d'éruption de taches roses, lenticulaires, et très fréquemment de *sudamina*, d'épistaxis, de bourdonnements d'oreilles, de dureté de l'ouïe, de mouvements spasmodiques plus ou moins graves et de météorisme; le mouvement fébrile qui a lieu dans l'entérite est ordinairement léger, la perte des forces peu considérable, ou seulement proportionnée à l'abondance des évacuations alvines; la somnolence est extrêmement rare, en rapport avec la faiblesse, sans jamais être comparable à celle qui a lieu dans le cours de l'affection typhoïde; les taches roses, lenticulaires, les épistaxis, ne sont pas plus fréquentes dans l'entérite proprement dite que dans toute autre maladie aiguë : il n'y a ni stupeur, ni surdité, ni *sudamina*, ou du moins ceux-ci sont très rares; ni météorisme, ni eschares, ni délire; et quand la terminaison de la maladie est favorable, comme cela est si ordinaire, la convalescence est très rapide, les moyens les plus simples y conduisent; tandis que dans l'affection typhoïde, la convalescence, quel qu'ait été le traitement, est presque toujours longue, que l'utilité des moyens dirigés contre elle, jusqu'à ce jour, est un sujet de doute pour d'excellents esprits.

Mais ces différences ne sont pas les seules; il en est d'autres plus remarquables encore, peut-être. On n'observe l'affection typhoïde que chez les jeunes sujets, dans des circonstances particulières, ordinairement chez ceux qui passent d'un pays dans un autre; et l'entérite, proprement dite, a lieu à tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie, souvent après l'application de causes évidentes dont l'éloignement suffit pour amener le rétablissement des fonctions. On peut, au moyen d'irritants plus ou moins énergiques et prolongés, produire une entérite; on ne peut, que je sache du moins, exciter une affection typhoïde par un

moyen quelconque. L'entérite peut se développer un nombre indéterminé de fois chez le même sujet; il est douteux que la même personne ait deux fois l'affection typhoïde.

Il n'est donc pas possible d'établir de comparaison entre l'affection typhoïde et l'entérite proprement dite; et il ne serait pas plus raisonnable de confondre entre elles toutes les maladies aiguës de l'intestin, parce qu'elles s'accompagnent de diarrhée, que de réunir sous une même dénomination toutes celles des poumons, parce que toutes sont accompagnées de plus ou moins de dyspnée.

L'observation suivante est relative à un des sujets qui ont succombé à l'entérite aiguë proprement dite, et trouve naturellement sa place ici.

XLe OBSERVATION.

Douleurs à l'épigastre et au-dessous de l'ombilic; selles nombreuses, nausées, vomissements, anorexie, soif, chaleur médiocre; persistance et progression des mêmes symptômes, sans météorisme ni délire, jusqu'à la mort. — Destruction presque complète de la membrane muqueuse du colon dans toute sa longueur; épaississement du tissu sous-muqueux.

Un jardinier qui habitait Maisons (près Paris) vint à l'hôpital de la Charité le 28 septembre 1824, se disant malade depuis neuf jours. Ordinairement d'une bonne santé, il assurait n'avoir point fait d'excès et ne savoir à quoi attribuer sa maladie.

Au début, douleurs à l'épigastre et au dessous de l'ombilic, nausées, vomissements, selles liquides, anorexie, soif. Les selles furent très nombreuses les jours suivants, et mêlées d'un peu de sang jusqu'à l'admission du malade à l'hôpital. Les nausées et les vomissements continuèrent, se renouvelèrent

par les moindres causes, le bouillon, les tisanes tièdes, et ils ne diminuèrent qu'au cinquième jour de la maladie, après l'application de trente sangsues à l'épigastre. Les douleurs persistèrent au même degré, et il y eut quelques frissons trois jours après le début. D'ailleurs, ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres. — Le malade prit pour boisson de la limonade et une tisane de lin, ne commit aucune erreur de régime, et, à part les sangsues, il abandonna l'affection à elle-même.

Le 29 : air de souffrance et d'anxiété, ni somnolence, ni stupeur ; yeux rouges, injectés, non cuisants ; oreille fine, faiblesse assez considérable, vue trouble dans la marche ou dans la station ; langue nette, molle et humide, bouche amère, soif très médiocre, déglutition facile, nul météorisme, douleurs à l'épigastre et à l'hypogastre, du côté gauche surtout, augmentées par la pression ; selles fréquentes, accompagnées de chaleur et d'élancements à l'anus, mêlées de très petits caillots de sang ; point de nausées après les boissons ; pouls serré, à quatre-vingts, chaleur plutôt au dessous qu'au dessus de celle qui est naturelle, mains et avant-bras bleuâtres ; anxiété variable, moindre à la fin qu'au commencement de l'interrogatoire (*pot. gom. avec* 5 centigr. *d'op. ; tis. de riz avec le sirop de gom. ; lav. de lin avec* 3 centigr. *d'op.*).

Les douleurs de ventre persistèrent le jour et la nuit, avec le même caractère, accompagnées d'une chaleur brûlante à l'intérieur ; les selles furent très nombreuses (quarante environ), les matières fécales plus ou moins roses ; le malade eut des nausées, vomit ; pendant la nuit, un bouillon qui lui fut donné par l'infirmier, et eut beaucoup de chaleur. Le lendemain, la langue était un peu moins humide que la veille, les douleurs toujours vives ; il n'y avait pas d'anxiété ;

le pouls et la chaleur n'avaient pas sensiblement changé, le ventre était légèrement météorisé *(Pot. gomm. avec ext. gom. d'op. 1 décigr.; lav. lin. avec op. 5 centigr.; catapl. sur l'abd.; un lait de poule).*

Les selles furent réduites à quinze; il y eut encore un peu de sang mêlé aux matières fécales, et six vomissements de bile verte. Le 1er octobre, la langue était humide, légèrement grisâtre au pourtour, les douleurs hypogastriques étaient brûlantes comme la veille, les yeux moins rouges, la figure plus naturelle, tout le ventre, et surtout l'hypogastre, très sensible à la pression. *(Lav. lin. avec op. 1 décigr.; catapl. sur l'abdomen).*

Depuis lors jusqu'à la mort, qui arriva le 7, peu après la visite, voici ce que j'observai. Les selles furent au nombre de quinze à trente dans la journée, et involontaires le dernier jour; le ventre plat ou rentré, moins douloureux qu'auparavant; il y eut des vomissements nombreux de matière verte, du 5 au 7. La langue fut toujours humide, nette, d'un rose tendre au pourtour; le pouls faible, étroit, régulier, de soixante-quinze à quatre-vingts; la soif et la chaleur furent peu considérables; — la respiration fut peu accélérée. — Les forces diminuèrent progressivement, ce qui n'empêcha pas le malade de descendre de son lit pour aller à la selle, jusqu'au dernier jour. Sa figure exprimait la souffrance, et, le 4, il se disait sans espoir. Il ne cessa de jouir de son intelligence, si ce n'est dans les deux dernières nuits où il y eut un léger délire, et il répondait encore à mes questions, deux heures avant sa mort, malgré les signes de l'anxiété au milieu de laquelle il se trouvait, des mouvements de tête continuels à droite et à gauche. — Il n'y eut de taches roses, lenticulaires, en aucun temps.

On continua l'opium en lavement jusqu'au 4; on appliqua

un vésicatoire à l'hypogastre, le dernier jour, et des sinapismes aux membres inférieurs, le 6.

OUVERTURE DU CADAVRE VIGT-UNE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement considérable, raideur cadavérique très prononcée; nulle ecchymose.

Tête. Surface extérieure de la dure-mère couverte de goutelettes de sang; traces d'infiltration sous-arachnoïdienne à la région occipitale; une demi cuillerée de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. Substance corticale du cerveau d'un rose tendre dans toute son étendue; la médullaire très injectée et d'une bonne consistance.

Cou. Le pharynx, l'épiglotte, le larynx et la trachée-artère, dans l'état naturel. — Quelques mucosités écumeuses dans les bronches.

Poitrine. Cœur et aorte parfaitement sains. — Environ quatre cuillerées de sérosité sanguinolente dans la plèvre du côté droit; poumons légers, rouges antérieurement, violacés en arrière, où ils n'offraient ni engouement ni splénisation.

Abdomen. Nul épanchement dans la cavité péritonéale. — Œsophage sain. — Estomac distendu par des gaz. Sa membrane interne était couverte, dans toute son étendue, d'un mucus épais, visqueux, difficile à en séparer, même après deux heures de macération, du poids de 120 grammes environ; d'un rouge vif, surtout dans le cul-de-sac où elle était mamelonnée; d'une épaisseur convenable; un peu ramollie, à part sa portion mamelonnée, qui donnait des lambeaux de 22 millimètres de longueur. — L'intestin grêle était légèrement distendu par des gaz; sa membrane muqueuse était saine dans le jéjunum, puis rouge et ramollie,

dans les 13 décimètres les plus voisins du cœcum surtout; de manière qu'on pouvait à peine en avoir, par traction, des lambeaux de 2 millimètres, dans cette partie. Il y avait dans toute la longueur de l'iléum des granulations miliaires, blanchâtres, d'abord rares, puis successivement plus rapprochées, au point de n'être plus distantes les unes des autres, dans le voisinage du cœcum, que de 6 à 8 millimètres. Les plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, étaient minces comme dans l'état naturel, contrastaient, par leur couleur blanche, avec la rougeur de la muqueuse environnante; et, à 11 millimètres de la valvulve iléo-cœcale, se trouvaient trois petites ulcérations, de 10 à 15 millimètres de surface, à fond celluleux et pâle. — Le gros intestin était un peu météorisé et contenait une petite quantité de matières rougeâtres, ou d'un rouge assez vif, médiocrement liquides. Sa membrane muqueuse était presque entièrement détruite, mais inégalement. Elle formait, dans le cœcum et le colon ascendant, des espèces d'îlots qui en occupaient la quatrième partie environ ; des îlots plus petits, semblables à des granulations, dans le colon transverse, dont ils occupaient à peine un huitième de la surface. Elle était complétement détruite dans les 16 premiers centimètres du colon descendant, puis sa destruction était d'autant moindre qu'on s'approchait davantage de l'anus, 25 millimètres au-dessus duquel elle s'arrêtait. Partout où l'on en trouvait des traces, dans le premier tiers de l'intestin, la muqueuse était rouge, épaissie et ramollie; après quoi elle était grisâtre et un peu moins épaisse. Le tissu cellulaire sous-muqueux mis à nu, était d'un blanc verdâtre, très épaissi, très ferme dans toute son étendue, au point qu'on ne pouvait en obtenir que très difficilement des lambeaux avec des pinces très fortes, et qu'il avait un demi millimètre d'épaisseur, si ce n'est dans

le colon ascendant où cette épaisseur était moindre. La tunique musculaire était aussi plus épaisse et plus consistante que dans l'état normal. — Les glandes mésocolites avaient le volume d'une noisette, étaient d'un rouge foncé, amaranthe, très ramollies, ne contenaient pas de pus. Les mésentériques avaient un volume un peu plus considérable que dans l'état normal, une couleur et une consistance naturelles. — Le foie était sain, la bile de la vésicule, noirâtre ou verdâtre, et très épaisse. — La rate et les autres viscères, étaient dans l'état naturel.

On trouverait difficilement une observation moins compliquée, dans laquelle les symptômes et les lésions fussent dans une plus parfaite harmonie; et ce fait est d'autant plus digne d'intérêt, qu'il est, pour ainsi dire, le tableau de la plupart des cas d'entérite aiguë, et qu'il équivaut, en quelque sorte, à une description générale. L'affection débute tout à coup, sans frissons, par des douleurs de ventre, des selles nombreuses et sanglantes, des nausées et des vomissements ; les vomissements se renouvellent par les moindres causes, puis ont lieu spontanément dans les derniers jours de la vie ; les selles sont très nombreuses, plus ou moins rouges et quelquefois mêlées de petits caillots de sang; le mouvement fébrile et la chaleur sont médiocres ; il n'y a ni somnolence, ni stupeur ; on observe à peine un léger délire dans les deux dernières nuits; les forces ne diminuent que dans la proportion des selles; la langue reste presque constamment dans l'état naturel, les douleurs de ventre sont vives et brûlantes; il n'y a pas de météorisme; le malade succombe après dix-neuf jours de souffrance : et, à l'ouverture de son corps, on trouve la membrane muqueuse de l'estomac, rouge, peu ramollie et couverte de glaires épais-

ses ; celle de l'intestin grêle, très rouge et très ramollie dans le voisinage du cœcum, trois petites ulcérations à 12 millimètres de celui-ci, et la muqueuse du gros intestin détruite dans presque toute son étendue.

Il suffit de considérer l'état des organes pour voir que le gros intestin fut le siége primitif de la maladie. La membrane muqueuse de l'iléum était, à la vérité, très ramollie dans une partie de sa longueur ; mais celle du colon était détruite dans presque toute son étendue, le tissu sous-muqueux correspondant très épaissi, les glandes mésocolites très rouges, volumineuses et ramollies, les mésentériques à peu près saines : il ne pouvait donc y avoir de doute sur le point dont il s'agit. On croira aussi sans peine que le colon transverse et la partie voisine du colon descendant avaient été les premières parties affectées, la destruction de la muqueuse étant plus complète, et le tissu sous-muqueux plus épaissi dans ce point que partout ailleurs ; de manière que l'affection semble avoir marché de gauche à droite, et ne s'être étendue à l'iléum que dans les derniers jours de la vie. Et ce qu'indique l'anatomie, les symptômes le confirment ; soit les selles qui avaient le caractère qu'elles offrent dans la dysenterie, dès le début; soit les douleurs qui étaient plus vives dans le côté gauche du ventre que dans aucun autre point. — Il est remarquable aussi que je n'ai rencontré une semblable lésion du gros intestin dans aucun cas d'affection typhoïde, que jamais non plus alors les selles n'ont eu le caractère qu'elles offraient ici.

Les symptômes et les lésions avaient donc des caractères bien différents de ceux qu'ils offrent dans l'affection qui nous occupe spécialement. Toutefois, on objectera peut-être qu'il y avait à la fin de l'iléum, près du cœcum, trois petites ulcérations, et que j'ai considéré cette altération survenant

dans le cours d'une maladie aiguë, comme le caractère anatomique de l'affection typhoïde ; que s'il y eut primitivement entérite proprement dite, il y a donc eu ensuite complication de cette maladie avec l'affection typhoïde. A cela je répondrai que le caractère anatomique de cette dernière affection consiste dans une altération plus ou moins profonde des plaques elliptiques de l'intestin grêle, ordinairement suivie d'ulcérations; que les ulcérations observées étant voisines de la valvule iléocæcale, on peut croire qu'elles avaient leur siége sur les petites plaques de cette partie ; qu'ainsi l'objection est juste, qu'il y a eu, en effet, complication, mais seulement dans les derniers jours de la vie. Et comme l'inflammation d'un lobule pulmonaire ne donne pas lieu à des phénomènes appréciables, à la fin des maladies aiguës, on ne doit pas s'étonner qu'aucun symptôme ne soit venu déceler la présence des trois petites ulcérations voisines du cœcum. Et une nouvelle preuve que ces ulcérations étaient consécutives à l'altération de la membrane muqueuse du gros intestin, c'est qu'elles avaient lieu dans la partie de l'iléum qui n'est pas ordinairement la plus profondément, sans doute aussi la première affectée, dans l'affection typhoïde. Ce fait n'est donc pas en contradiction avec ce qui précède; et si la complication qu'il offre est extrêmement rare, c'est que l'entérite, au degré dont il s'agit, n'est pas commune, à beaucoup près, en sorte que je n'en ai pas recueilli d'autre exemple ; et je me trouve heureux de pouvoir offrir celui-ci au lecteur, et de combler ainsi une lacune que l'observation lui aurait sans doute fait apercevoir plus tard.

Il importe d'ailleurs de remarquer que le tissu cellulaire qui faisait le fond des petites ulcérations de l'iléum, était blanchâtre ; qu'il n'avait pas subi l'altération qu'offre celui

des plaques elliptiques dans l'affection typhoïde ; qu'ainsi la ressemblance de la lésion n'était pas complète.

Rappellons aussi un fait important, déjà signalé ailleurs (1); je veux dire l'état de la tunique sous-muqueuse du gros intestin, qui était ferme, six fois plus épaisse au moins que dans l'état naturel, et blanchâtre. Cet épaississement était, à n'en pas douter, consécutif à l'inflammation de la muqueuse, mais non pas réellement inflammatoire, la couleur blanche étant incompatible avec cet état, dans sa période aiguë.

Les symptômes gastriques sont encore fort dignes de remarque, en ce qu'ils se sont développés dès le début, et que leur caractère, dans les cinq ou six derniers jours de la vie (vomissements spontanés de bile), pouvait faire redouter une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac plus grave que celle qui a été observée : fait d'autant plus remarquable, que l'inverse a ordinairement lieu dans le cours de l'affection typhoïde, où les plus graves lésions de l'estomac ne s'accompagnent souvent d'aucun symptôme caractéristique : ce qu'on ne peut attribuer, daprès les faits rapportés plus haut, qu'à l'absence des phénomènes cérébraux, dans un cas, et à leur intensité plus ou moins grande, dans l'autre. J'observerai d'ailleurs, que l'abondance et la viscosité du mucus appliqué sur la muqueuse gastrique étaient en rapport avec le degré de sa lésion, qu'on ne l'observe avec ce caractère et dans cette proportion que quand le ramollissement est peu considérable, qu'il est l'indice d'une inflammation médiocre ou chronique.

La substance médullaire du cerveau était très injectée, la corticale, rose dans toute son étendue, bien, à proprement

(1) *Recherches sur la phthisie*, p. 98.

parler, qu'il n'y ait pas eu de symptômes cérébraux. Nouveau fait à l'appui de ce qui a été dit de l'impossibilité de pouvoir expliquer, par l'état apparent du cerveau, le désordre des fonctions cérébrales, dans le cours de l'affection typhoïde.

Est-il besoin, après toutes ces remarques, d'observer qu'ici encore, à l'opposé de ce qui a presque constamment lieu chez les sujets emportés par cette dernière maladie, la rate était saine, la bile épaisse et d'une couleur foncée ?

Enfin, pour qu'il ne puisse exister, dans l'esprit du lecteur, le moindre doute sur l'extrême différence qui existe entre les symptômes de l'affection typhoïde et ceux de l'entérite, je vais mettre sous ses yeuxl'analyse de dix-sept cas d'affection typhoïde, et de vingt-trois cas d'entérite terminés par le retour à la santé, qui ont été recueillis à l'hôpital de la Pitié, et ont été la base de l'un des résumés que j'y ai faits il y a quelques années (1).

(1) Voyez *Examen de l'examen* de M. Broussais, *relativement à la phthisie et aux affections typhoïdes*, Paris, 1834, p. 104.

TABLEAU

Des symptômes observés dans 17 cas d'affection typhoïde, et dans 23 cas d'entérite, qui ont guéri.

Affection typhoïde, 17 cas.	Entérite, 23 cas.
1° *Diarrhée.*	
14 fois sur 15 cas. Dès le premier jour dans 10; du 2e au 4e, dans 4. De 6 à 10 selles, dans 3 cas; moins dans les autres. Durée égale à celle de la maladie, dans 1 cas. Plus longue dans 3. Un peu moindre, dans 11.	23 fois sur 23 cas. Dès le 1er jour, dans 21 cas; du 2e au 3e, dans 2. De 7 à 30 selles, dans 21 cas; moins dans les autres. Selles réduites, dès la 2e visite, terme moyen, de 11 à 3, quand il n'y avait pas ténesme; de 10 à 2 1/2, dans le cas opposé.
2° *Douleurs du ventre.*	
8 fois sur 11 cas. Dès le 1er jour, dans 5 cas. Le 4e, dans 3. Semblables à des coliques dans 2 cas; sans caractère appréciable, dans les autres : jamais vives.	22 fois sur 23 cas. Dès le 1er jour, dans 21 cas; avant les selles liquides, dans 2. Plus fortes, quand il y avait ténesme; ayant la direction du colon transverse, dans 2 cas.
3° *Météorisme.*	
12 fois sur 17 cas. Médiocre. Pendant un espace de temps qui a varié de 4 à 10 jours. Dissipé avant la diarrhée.	1 fois sur 23 cas. Léger. Un jour.
4° *État de la rate.*	
Débordant les côtés 11 fois sur 15 cas. Dans 3 des 4 autres, son mat dans la portion du thorax correspondante à la rate, avec rénitence obscure dans 2, sous les côtes (sans le moindre symptôme de pneumonie). Le 4e cas est relatif à un malade arrivé tardivement à l'hôpital, et chez lequel l'augmentation du volume de la rate avait pu disparaître.	Hypochondre gauche souple, dans tous les cas.

L'excès de volume de ce viscère, déjà sensible au 5e et au 6e jour de l'affection, à l'entrée des malades à l'hôpital, était dissipé 2 ou 3 jours avant la convalescence.	

5o *Épigastre.*

Un peu douloureux dans 1 cas, au moment de la toux.	Indolent.

6o *Nausées.*

Dans un cas, le malade étant debout.	Dans 2 cas, le 1er et le 6e jour de la maladie.

7o *Appétit.*

Nul dans tous les cas, depuis l'entrée des malades à l'hôpital, jusque près de la convalescence.	Nul dans 5 cas sur 23, à l'entrée des malades ; promptement rétabli ensuite.

8o *Langue.*

Epaisse et rouge dans 3 cas, dès le 5e et le 6e jour. Sèche et rouge dans 2 autres. Sèche et noire dans 1 cas, du 13e au 29e jour.	Parfois blanchâtre, sans autre lésion.

9o *Arrière-bouche.*

Inflammation du voile du palais et de la luette, du 10e au 14e jour, dans 2 cas ; du pharynx et des amygdales, dans un autre, au 18e jour.	Naturelle.

10o *Céphalalgie.*

Dans tous les cas, au début ; et souvent très intense.	Dans un cas ; légère.

11o *Somnolence.*

Assez considérable dans 5 cas. Presque nulle dans les autres.	Nulle.

12o *Intelligence.*

Plus ou moins profondément altérée, dans 4 cas, et sans agitation. Altérée avec agitation, dans 2 cas.	Délire intermittent, dissipé par le kk, dans un cas.

13o *Forces.*

Séjour au lit dès le début, dans 3 cas. Cessation de travail dès le début, dans 2 autres. Faiblesse extrême, un peu plus tard, dans 2 cas.	Séjour au lit, dans un cas (douleur dans le trajet du colon transverse), avant de venir à l'hôpital. Prostration nulle.

14o *Éblouissements.*

Dans 6 cas où ce symptôme a été mentionné.	Nuls.

15o *Spasmes.*

Aux lèvres dans 11 cas; sans soubresauts.	Nuls.

16o *Bourdonnements.*

Dans 8 cas, du 2e au 8e jour de la maladie.	Nuls.

17o *Surdité.*

Dans 3 cas.	Nulle.

18o *Vue.*

Trouble dans 7 cas.	Excellente.

19o *Épistaxis.*

Dans les 7/10 des cas. Répétées 3 et 4 fois de suite, dans 2 cas. Dès le premier jour, dans 2.	Nulles.

20o *Taches roses, lenticulaires.*

Dans 15 cas sur 16 où elles ont été recherchées. Le 16e est relatif a un sujet admis à l'hôpital, le 16e jour de l'affection. Début, du 6e au 16e jour de la maladie; au 9e jour, terme moyen.	Nulles.

21o *Sudamina.*

Dans 9 cas sur 12 où il en a été question; sans rapport évident avec les suueurs, avant l'apparition desquelles ils se développaient quelquefois.	Dans 1 cas de dyssenterie légère compliqué de pneumonie.

22° *Frisson.*

Dans 11 cas sur 12 où il a été recherché ; avec tremblement, dans un cas.	Dans 3 cas ; très léger.

23° *Chaleur.*

Elevée dans tous les cas; à un degré remarquable dans 3.	Un peu élevée dans 4 cas de dyssenterie.

24° *Sueurs.*

Copieuses, dans 5 cas ; dès le début, dans un d'eux.	Copieuses au debut, dans 4 cas ; moindres dans les 3 autres ; les seuls dans lesquels il en a été fait mention.

25° *Pouls.*

Au-delà de 100 pulsations par minute, dans 7 cas. Irrégulier les 14e et 15e jour, chez une femme enceinte ; sans péricadite.	A 80 pulsations par minute, dans 3 cas, pour un seul jour, de 70 à 50, dans les autres.

26° *Durée.*

De 25 jours, terme moyen ; pour les malades admis du 6e au 9e jour de l'affection ; de 30 pour ceux qui furent admis à l'hôpital après cette époque. Après ces 25 et 30 jours, le mouvement fébrile avait cessé, et les malades mangeaient le huitième de portion, ou un peu moins.	De 3 à 4 jours, à partir de l'entrée des malades à l'hôpital; d'où ils sortaient, après 8 jours, terme moyen ; mangeant, alors, 3/4 de portion.

27° *Mortalité.*

Outre l'histoire des 17 sujets dont il s'agit, j'ai recueilli, à l'époque de mes conférences cliniques, l'histoire de quatre individus atteints d'affection typhoïde, qui ont succombé ; ce qui porte la mortalité à un cinquième, pour ce groupe du sujets.	Nulle.

28° *Age.*

Terme moyen 23 ans 1/2. Extrêmes 13 et 35 ans.	Terme moyen, 36 ans. Extrêmes, 13 et 70 ans.

29° *Traitement.*

Une ou deux saignées de 300 à 350 grammes ; ordinairement deux. — Une solution de sirop de gomme, avec un tiers d'eau de seltz, pour boisson. — Des lavements de lin.	Un quart de lavement de lin opiacé. — De l'eau de riz pour boisson. — Pas d'émission sanguine, à part le cas de pneumonie.

Certes, les deux ordres de malades dont je viens d'analyser l'histoire n'ont pas été atteints de la même affection ; car, pour ne parler que des symptômes, la *différence consiste bien moins, comme on va voir, dans leur intensité que dans leur nombre.*

Les symptômes communs aux deux ordres de malades n'étaient pas même tous plus énergiques dans l'un, et plus faibles dans l'autre. Ainsi, la diarrhée, les douleurs de ventre, les sueurs, étaient à la fois plus constantes, et existaient à un plus haut degré dans l'entérite que dans l'affection typhoïde ; le mouvement fébrile était, au contraire, plus considérable dans cette dernière maladie, à laquelle se rattachaient exclusivement, ou presque exclusivement, les autres symptômes. En effet, sur les vingt-trois sujets atteints d'entérite, cinq seulement étaient sans appétit lors de leur arrivée à l'hôpital ; un autre eut un léger météorisme, un deuxième de la céphalalgie, un troisième un délire intermittent, un quatrième se mit au lit avant de venir à l'hôpital, un dernier eut quelques *sudamina.* Mais aucun n'eut de somnolence, de prostration, d'éblouissements, de spasmes, de bourdonnements d'oreilles, de trouble de la vue, d'épistaxis, de taches roses, lenticulaires, de gonflement de la rate : symptômes dont les uns furent très fréquents chez les malades atteints d'affection typhoïde, les autres constamment observés quand ces malades arrivèrent à l'hôpital à une

époque qui n'était pas trop éloignée du début de l'affection. Cependant ces symptômes étaient ceux qu'avaient éprouvés les sujets dont j'ai donné l'histoire dans ces recherches, ceux que l'on observe tous les jours chez les individus qui succombent, et à l'ouverture desquels on trouve une altération profonde des plaques elliptiques de Peyer : en sorte qu'il est impossible de mettre en doute la relation des symptômes observés chez les sujets atteints d'affection typhoïde, avec ces plaques ainsi altérées, et qu'il faut admettre, qu'envisagées dans leurs symptômes, l'*entérite et l'affection typhoïde diffèrent moins encore par le degré de ceux-ci, que parce qu'ils sont peu nombreux dans l'une, nombreux et variés dans l'autre, quelque soit d'ailleurs le degré de la maladie.*

Ce fait avait déjà été mis hors de doute dans la première édition de mes recherches, où, comme dans celle-ci, les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri, étaient divisés en deux classes ; l'une relative à ceux qui avaient eu des symptômes graves, l'autre relative à ceux qui n'en avaient éprouvé que de légers, mais semblables et non moins nombreux : en sorte que ce qui précède ne fait, comme je l'ai dit, que confirmer, par de nouvelles observations, un fait déjà établi.

Mais à part les symptômes, combien de différences encore entre les deux séries de sujets dont l'histoire vient d'être analysée, sous le rapport de la durée, de la mortalité, de l'âge et du traitement ! Sous le rapport de la durée, celle de l'affection typhoïde fut de vingt-cinq à trente jours, de manière que la convalescence ne commença que de douze à dix-huit jours après l'admission des malades à l'hôpital ; tandis que dans l'entérite elle eut lieu quatre jours après la même époque.—Quant à la mortalité, elle fut nulle dans l'entérite,

d'un cinquième dans l'affection typhoïde. — L'âge moyen des sujets atteints de cette dernière maladie était de vingt-deux ans et demi ; celui des individus atteints d'entérite, de trente-six ans. — Le repos, les délayants, les opiacés, sans émissions sanguines, furent suivis d'un prompt succès dans l'entérite ; et, dans l'affection typhoïde, les délayants et les saignées ne furent suivis de la convalescence qu'après un espace de temps considérable.

L'observation suivante, qui a été publiée en 1830, par M. le docteur Weber, dans le *Journal hebdomadaire*, confirme ce qui vient d'être dit sur le caractère de l'entérite et de l'affection typhoïde, et je crois convenable, par cela même, de la reproduire ici, sans en rien retrancher.

XLe OBSERVATION *bis*.

Frisson violent, céphalalgie, diarrhée légère, douleurs au flanc droit, sentiment de faiblesse au début ; puis météorisme peu considérable de l'abdomen, augmentation du volume de la rate ; taches roses, lenticulaires, *sudamina*, etc., etc.

Un passementier, âgé de 22 ans, d'une constitution un peu délicate, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, fut admis à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 40, le 27 avril 1830. Il était alors malade depuis quatre jours. Sa maladie avait débuté par un frisson assez violent, suivi de chaleur, la céphalalgie, une diarrhée légère (cinq à six selles dans la journée), des douleurs dans le flanc droit et dans les membres, un sentiment de faiblesse assez considérable ; et ces symptômes avaient persisté jusqu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Le 28 avril, commencement du sixième jour de l'affection : affaiblissement léger, air endormi, tendance au som-

meil, abaissement des paupières, yeux légèrement injectés, ouïe bonne, parole un peu lente, mémoire sûre; langue un peu rouge, médiocrement humide, soif peu considérable, ventre légèrement météorisé, sensible à la pression du côté droit; rénitence dans l'hypochondre gauche, six selles liquides; pouls peu accéléré, sans plénitude; chaleur un peu élevée; cinq à six taches typhoïdes, de 2 millimètres de large environ, sur l'abdomen; respiration sans mélange de râle; absence de toux; ni nausées, ni vomissements, ni douleurs à l'épigastre; anorexie. Le malade n'avait pas été saigné. *(Eau gazeuse avec sirop de gomme*, bis.; *lav. d'eau magnésienne; saignée de* 360 *grammes.)*

Il y eut dix selles dans la journée, et l'on ne put tirer que 240 à 280 grammes de sang.

Le 29 : figure et attitude plus naturelles que le 28, mouvements plus libres, chaleur très peu élevée, pouls à quatre-vingt-deux; les autres symptômes comme la veille. Sang dépourvu de couenne. *(Saignée de* 360 *grammes.)*

Les selles furent au nombre de six dans la journée.

Le 30, il n'y avait, comme à l'ordinaire, aucun trouble dans les fonctions de l'intelligence ou des organes des sens; la rate débordait les côtes de 5 centimètres environ; et la poitrine, vers la partie correspondante de ce viscère, rendait un son mat dans la hauteur de 8 centimètres. Le sang était sans couenne, comme le premier. *(Eau gazeuse; lav. d'eau magnésienne.)*

Le 1er mai, le météorisme avait diminué, les taches typhoïdes étaient un peu plus nombreuses; on en remarquait plusieurs sur la poitrine; la rate ne débordait les côtes que 3 centimètres; la poitrine ne rendait de son mat, dans le point correspondant, que dans la hauteur de 6 centimètres; la chaleur était médiocre, le pouls à soixante-douze,

sans caractère particulier ; les paupières moins abaissées. Il y avait eu dix selles dans la journée. Rien autre chose de remarquable.

Le 2, la langue, qui n'avait que sa couleur naturelle, les jours précédents, était d'un rouge assez vif, et épaissie, le voile du palais et la luette d'un rouge plus intense encore et augmentés de volume, le pouls à soixante-dix, la figure presque parfaitement naturelle, la rate encore moins saillante que la veille.

Dans les quatre jours qui suivirent, il y eut de deux à trois selles en vingt-quatre heures ; la langue devint successivement plus rouge et plus épaisse ; la rougeur et le gonflement du voile du palais diminuèrent au contraire, à partir du 5 ; le volume de la rate s'amoindrit tous les jours, et l'on pouvait à peine la soupçonner sous les côtes, le 6. Le même jour, le pouls était très calme, on observait quelques *sudamina*.

Du 7 au 20 mai, jour où le malade quitta l'hôpital, l'appétit se développa successivement davantage, et, le 11, le sujet mangeait trois soupes. La langue devint graduellement moins rouge et moins épaisse ; la diarrhée ne reparut pas, et les forces se rétablirent promptement, aucune erreur de régime n'ayant troublé la convalescence.

Comme le lecteur en avait été prévenu, les symptômes éprouvés par le malade étaient nombreux, et tels que le diagnostic de l'affection n'offrait pas de difficulté réelle ; bien qu'il n'y ait eu, dans son cours, ni délire, ni agitation, ni stupeur, ni altération des fonctions des organes des sens, ni sécheresse, ni encroûtement de la langue ; symptômes qui, naguère encore, faisaient partie *nécessaire* de l'ensemble des accidents qu'on attribuait à la fièvre typhoïde. Mais

le malade éprouvait, à son arrivée à l'hôpital, une faiblesse supérieure à celle qui accompagne ordinairement l'entérite, un peu plus de fièvre aussi ; il avait un peu de tendance à l'assoupissement, un très léger météorisme, la rate volumineuse et quelques taches roses, lenticulaires, sur le ventre; c'est-à-dire cet ensemble de symptômes qu'on ne trouve jamais réunis dans l'entérite proprement dite, et qu'on observe toujours à divers degrés dans le cours de l'affection typhoïde. Bientôt des *sudamina* survinrent, les symptômes ne perdirent rien de leur bénignité dans les jours qui suivirent l'admission du malade à l'hôpital; de manière que l'affection parut toujours très légère, ou qu'on l'aurait au moins jugée d'une nature bénigne, si l'on n'eût eu égard qu'au degré des symptômes, et non à leur nombre et à la nature de la maladie.

Mais l'affection typhoïde peut affecter une marche beaucoup plus obscure que celle dont il a été question jusqu'ici, et le lecteur pourra s'en convaincre par la lecture des faits qui sont l'objet de l'article suivant.

ARTICLE II.

Affection typhoïde, sous forme latente.

XLIe OBSERVATION (1).

Frisson, chaleur élevée au début, soif médiocre, diminution peu considérable de l'appétit; dans la suite, pouls calme, chaleur peu élevée, soif et appétit comme auparavant, jusqu'au vingt-troisième jour de

(1) Cette observation et trois des suivantes ont été insérées dans mon *Mémoire sur la perforation de l'intestin grêle*. J'y ai rétabli quelques symptômes que j'avais cru pouvoir omettre lors de la publication de ce mémoire.

la maladie, qu'une perforation a lieu. — Perforation de l'intestin grêle; épaississement, sans rougeur, des plaques elliptiques; deux glandes mésentériques volumineuses, près du cœcum seulement; presque tous les viscères sains.

Un charpentier, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis sept mois, d'une taille moyenne, d'une constitution médiocrement forte, cheveux noirs, poitrine large, d'une conduite régulière, fut admis à l'hôpital de la Charité le 21 décembre 1822, accusant dix-huit jours de maladie. L'affection avait débuté, le soir, après un repas médiocre, par un frisson suivi d'une chaleur peu élevée, la diminution de l'appétit, la constipation; la chaleur et la soif étaient restées peu considérables, le frisson ne s'était pas renouvelé. Le malade avait pris tous les jours, un peu de vin pur ou mêlé d'eau, et une petite quantité d'aliments qui n'excitaient ni nausées ni douleurs à l'épigastre, étaient seulement suivis de douleurs dans les bras. Une toux légère s'était jointe aux autres symptômes, dans les cinq derniers jours, et le malade, qui n'était venu à l'hôpital que pour demander des conseils, consentit à y prendre un lit. — Il n'avait pas eu de douleurs de ventre.

Le lendemain 22 : figure naturelle, intelligence développée, sens intègres, faiblesse peu considérable, nulles douleurs dans les membres, sommeil calme; langue naturelle, soif médiocre, appétit un peu diminué, ventre universellement souple et indolent, urine facile, constipation depuis deux jours; pouls assez plein et large, à soixante-huit; chaleur douce; bruit respiratoire mêlé de râle sec et sonore, quelquefois sifflant; crachats clairs; nulle oppression. (*Lim.; pot. gomm.*; *trois riz; trois bouillons.*)

La nuit fut calme, et, le lendemain 23, la langue était un peu rouge à son pourtour, la bouche et le ventre comme la

veille, le pouls un peu accéléré, la chaleur élevée, le bruit respiratoire un peu sifflant; le malade n'éprouvait de douleurs dans aucun point. (*Même prescription.*)

Le 25, à part la couleur de la langue qui était blanchâtre au centre, le malade était dans le même état apparent que le premier jour. Il se promena encore le lendemain, comme il le faisait depuis son entrée à l'hôpital, et ne se plaignit de rien.

Mais dans la nuit du 26 au 27, à trois heures du matin, il fut pris *tout à coup* d'une douleur extrêmement vive dans toute l'étendue de l'abdomen, qui persista, sans être accompagnée de frissons, de nausées ou de vomissements.

Le 27, à huit heures du matin, les traits étaient effilés, le visage triste et abattu, jaunâtre, et tout empreint de douleur et d'anxiété; les yeux assez naturels, les sens et l'intelligence intègres, le malade immobile, dans la crainte d'augmenter les douleurs que le moindre mouvement exaspérait; sa figure, plus encore que ses paroles, exprimait ses profondes souffrances; la soif était très vive, la langue rouge et peu humide, les dents sèches; le ventre ne pouvait supporter la plus légère pression, n'était pas météorisé, ni plus chaud intérieurement que le reste du corps; et les boissons n'exaspéraient pas les douleurs dont il était le siége: le pouls était très accéléré, étroit et assez résistant, la toux médiocre. On reconnut, au premier abord, la nature de l'accident: on fit appliquer trente sangsues à l'abdomen, et on donna des boissons adoucissantes à prendre par gorgées.

La douleur diminua peu après la chute des sangsues, et on en appliqua de nouvelles dans la soirée.

A huit heures: nausées, vomissements qui durèrent toute la nuit.

Le lendemain 28, le caractère de la physionomie était le même que la veille, la couleur de la peau presque cadavéreuse, l'intelligence en bon état, les mouvements du corps un peu moins douloureux que la veille, la langue rouge au pourtour et verdâtre au centre, les vomissements, composés de bile verte, presque continuels ; le ventre ballonné, très sensible à la pression ; le pouls petit, enfoncé, à cent quarante cinq ; la chaleur presque naturelle ; la respiration très fréquente. (*Dix sangsues.*)

Il n'y eut pas de vomissements de tout le jour, et les douleurs furent vives pendant la nuit. Le lendemain, elles étaient presque entièrement dissipées, ne se réveillaient que par la pression ; le pouls et la respiration étaient encore plus accélérés que la veille, la physionomie et l'intelligence dans le même état.

A midi, le malade, se tournant vers un de ses camarades, annonça qu'il n'avait pas longtemps à vivre, demanda à boire, et mourut au même instant, au milieu d'un vomissement de bile copieux.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. — Rien de remarquable.

Tête. Les veines cérébrales étaient remplies de sang; les ventricules latéraux du cerveau renfermaient un peu de sérosité, rougeâtre à gauche. — La substance médullaire était très injectée.

Poitrine. Le cœur était sain, l'oreillette droite distendue par une grande quantité de sang. Les plèvres contenaient un verre de sérosité rouge, environ. Les poumons étaient mous et légers, offraient des taches noirâtres en arrière, beaucoup plus larges à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les bronches avaient une couleur rouge obscur, peu foncé.

Abdomen. La paroi antérieure de l'abdomen adhérait, au moyen d'une fausse membrane molle et peu épaisse, à l'épiploon, et le péritoine était plus injecté, dans cette partie, que partout ailleurs. — Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient distendues par des gaz et unies entre elles par des concrétions albumineuses, membraniformes. Un liquide roussâtre, trouble, épais, comme bourbeux, d'une odeur forte, et assez semblable à celui qui se trouvait dans le dernier quart de l'intestin grêle, remplissait le petit bassin et se répandait dans les flancs. — Les glandes mésentériques étaient peu volumineuses, à part deux des plus rapprochées du cœcum, et elles avaient la couleur et la fermeté qui leur sont naturelles. — Sur la fin de l'iléum, à 3 décimètres du cœcum, se trouvait un trou de 4 millimètres de diamètre, pratiqué au centre d'une des ulcérations que je vais décrire. Le jéjunum n'offrait rien de remarquable; mais on voyait, dans toute la longueur de l'iléum, un grand nombre de plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, de 12 à 35 millimètres dans leur grand diamètre, de 1 à 2 d'épaisseur, d'autant plus épaisses qu'on s'approchait davantage du cœcum, presque entièrement formées par la muqueuse, qui était grisâtre et tiquetée de bleu dans ce point; les unes ulcérées (huit des plus rapprochées de la perforation), les autres non ulcérées. Les ulcérations étaient plus ou moins larges, augmentaient d'étendue dans le même sens que les plaques acquéraient plus d'épaisseur, avaient pour fond la tunique musculaire amincie dans quelques points. Entre elles s'en trouvaient d'autres plus petites, sur des cryptes agminées d'une forme irrégulière, ayant à leur centre une matière jaune, friable. — La membrane muqueuse de l'estomac, couverte d'un mucus visqueux, était grisâtre dans le voisinage du pylore, rose dans la plus grande partie de

son étendue, et d'une bonne consistance. — Celle du gros intestin était parfaitement saine. — La rate était un peu volumineuse et ramollie; les autres viscères dans l'état naturel.

En résumé, la maladie eut une durée totale de vingt-six jours, et elle débuta par des symptômes semblables à ceux qui se développent dans beaucoup de cas où ils deviennent bientôt aussi graves que caractéristiques. Mais, après ce début, l'affection parut demeurer stationnaire; il n'y eut ni diarrhée ni douleurs de ventre, la chaleur et la soif furent peu considérables; au dix-huitième jour de la maladie, la santé du sujet était si faiblement dérangée qu'il ne venait à l'hôpital que pour demander un conseil, et qu'il consentit, avec quelque répugnance, à y prendre un lit. Ce même état continua, le pouls resta calme, la langue naturelle, le malade se promena journellement au jardin pendant les cinq premiers jours qui suivirent son admission à la Charité; au vingt-troisième jour de l'affection, des symptômes de perforation éclatèrent; et à l'ouverture du cadavre on trouva les plaques elliptiques de l'iléum épaissies, ulcérées ou non ulcérées, l'une d'elles perforée à son centre, tous les désordres consécutifs aux perforations de l'intestin, et de très légères lésions dans les autres organes.

Sauf quelques modifications que j'indiquerai tout à l'heure, la lésion de l'intestin grêle ne différait en rien de celle qu'on observe chez les sujets qui meurent de l'affection typhoïde, après en avoir éprouvé les symptômes les plus graves. On ne saurait donc, malgré l'absence de ceux-ci, méconnaître le caractère de la maladie. Le sujet qui nous occupe a eu une affection typhoïde, comme il y a eu péripneumonie, quand, à l'ouverture du cadavre, on trouve une hépatisation du parenchyme pulmonaire, encore que l'in-

flammation n'ait donné lieu à aucun des symptômes rationnels qui lui sont propres. L'un n'est pas moins indubitable que l'autre. Il est arrivé ici, jusqu'à un certain point, ce qui a lieu dans quelques cas de phthisie. Bien avant que l'affection ait déterminé des symptômes graves, que la lésion qui la constitue soit très avancée, on voit, chez quelques sujets, un tubercule, placé sous les plèvres, se fondre et donner lieu à une perforation qui amène plus ou moins promptement la mort. Pour ne pas être mort de la même manière que la plupart des individus atteints de phthisie, le sujet n'en était pas moins phthisique, et la phthisie a été la cause de l'accident mortel, comme la lésion qui constitue le caractère anatomique de l'affection typhoïde a causé ici la perforation et la mort.

Les doutes qui auraient pu s'élever sur le caractère de l'affection une fois dissipés, il importe de remarquer que l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle étant la seule qui eût quelque gravité, c'est aussi à elle qu'il faut principalement rapporter les faibles symptômes antérieurs à ceux de la perforation; que ces symptômes convenaient assez bien à ce qu'on nomme embarras gastrique ; que si la perforation n'eût pas eu lieu, et que les ulcérations se fussent cicatrisées, on aurait probablement dit que le malade n'avait eu qu'un embarras gastrique ou intestinal ; qu'on ne saurait douter que l'erreur n'ait eu lieu quelquefois ; que c'est une puissante raison de soumettre à un examen sévère toutes les affections sans siége bien déterminé, ou dont la nature est inconnue ; que des symptômes graves ne sont pas nécessairement attachés, à beaucoup près, comme j'ai souvent eu occasion de le montrer, à l'affection typhoïde (1).

(1) On sentira encore mieux, en quelque sorte, cette nécessité, si l'on fait attention qu'une maladie générale à son début, ou ayant sa cause

Les modifications relatives à la lésion des plaques elliptiques de l'intestin grêle, dont je parlais tout à l'heure, consistent en ce qu'elles avaient une couleur peu différente de celle qui leur est naturelle, qu'elles n'étaient ni rouges ni bleuâtres, comme nous l'avons vu dans tous les cas exposés jusqu'ici, et peu ramollies : ce qu'on ne peut attribuer à une marche rétrograde de l'affection, puisqu'il n'y avait tendance à la cicatrisation dans aucun point, que le pourtour de l'ulcération perforée ne différait en rien de celui des autres. De manière qu'on est forcée de conclure qu'ici l'inflammation n'a eu que la moindre part à l'altération des plaques, que la tendance à l'ulcération dominait. Et cette conséquence est confirmée par l'absence presque complète de réaction, qu'elle explique, et par l'état des glandes mésentériques qui ne s'éloignaient que de bien peu, si l'on excepte les deux plus voisines du cœcum, de l'état naturel.

Cette tendance extrême à l'ulcération se retrouve d'ailleurs dans d'autres circonstances, et dans d'autres organes; dans la cornée, par exemple, qui s'ulcère quelquefois sans qu'on puisse en trouver la cause dans la violence de l'inflammation, etc.

XLIIme OBSERVATION.

Frissons répétés pendant dix jours, anorexie complète, céphalalgie intense, soif, diminution peu considérable des forces; au vingtième

dans l'état des liquides, ne pourrait manquer de donner lieu, plus ou moins promptement, à un désordre local qu'il importerait de connaître. Au moins peut-on le conjecturer de tout ce qui a été dit jusqu'ici des lésions secondaires, et de ce qui arrive chez les animaux dans les veines desquels on a injecté des liquides irritants, ou des poisons; puisqu'à l'ouverture de leur corps on trouve des lésions, plus ou moins graves, d'un ou plusieurs viscères, alors même que la mort a été très prompte.

jour, diarrhée légère, symptômes péripneumoniques peu considérables; au *vingt-quatrième, perforation.* — Ulcérations nombreuses de l'iléum; glandes mésentériques correspondantes, volumineuses, grisâtres et ramollies; ulcérations dans l'œsophage et dans l'estomac; rate volumineuse et ramollie.

Un fileur de coton, âgé de vingt-sept ans, d'une grande taille, d'une constitution assez forte, ordinairement bien portant, était à Paris depuis cinq mois, quand il tomba malade au commencement d'août 1824.

L'affection avait été précédée, pendant quelques jours, d'une légère diminution d'appétit, et avait débuté par une céphalalgie intense, des frissons, la soif et l'anorexie. Ces symptômes avaient continué, les frissons étaient revenus irrégulièrement tous les jours, pendant la première semaine, avaient cessé à la suite d'une saignée, et, dix jours après, le malade avait eu, au retour d'une promenade, dans laquelle il s'était légèrement refroidi, un peu de toux accompagnée de crachats sanglants, visqueux et rouillés, pour lesquels on avait pratiqué successivement trois saignées. Le 24 août, vingt-troisième jour de l'affection et sixième de la toux, il fut admis à l'hôpital de la Charité, où je le trouvai dans l'état suivant :

Faiblesse assez considérable, figure médiocrement animée, intelligence un peu obtuse, nulle apparence de malaise et d'anxiété, point de céphalalgie, sommeil médiocre; langue un peu rouge au pourtour, jaune et villeuse au centre; bouche pâteuse; soif vive; déglutition facile; ventre souple et indolent; trois selles liquides dans les dernières vingt-quatre heures, sans coliques (un peu de diarrhée depuis trois jours); chaleur élevée; pouls large, à cent vingt; oppression médiocre; toux peu fréquente, râle sec et sonore à la partie antérieure de la poitrine; crépitation assez fine en ar-

rière, du côté gauche, dans les deux cinquièmes inférieurs; râle muqueux à droite dans le point correspondant, quelquefois même sorte de gargouillement; crachats assez copieux, largement aérés, visqueux, quelques-uns rouillés; ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*. (*Viol. édulc.; riz édulc.; pot. gom.; saignée de* 250 *grammes*; *vésic. à la poitr.*)

Le malade fut assez calme pendant le jour; mais, au milieu de la nuit, il fut pris *tout à coup* d'une douleur assez vive dans la partie inférieure du ventre, et il eut, jusqu'au moment de la visite, six selles liquides. Alors il se plaignait peu, avait la figure pâle et violacée, recherchait la chaleur et s'enveloppait le plus exactement possible dans ses couvertures; tout son ventre était sensible à la pression, mais à un médiocre degré : il n'avait eu ni frissons, ni nausées, ni vomissements; la chaleur était peu élevée, le pouls assez large, aussi accéléré que la veille; les crachats, toujours visqueux, n'étaient plus rouillés; il y avait à peine des traces de crépitation, et on entendait, dans toute l'étendue de la poitrine, un râle vibrant qui en faisait frémir les parois. Le malade se mettait sur son séant avec assez de facilité.

Il y eut, dans la soirée, des vomissements de bile assez copieux. Le lendemain matin, l'élève chargé des pansements fit celui du vésicatoire de la poitrine : pendant le temps nécéssaire à cette opération le malade se tint sur son séant; il se coucha ensuite, et trois minutes après, comme je m'en approchais pour l'observer, il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État exterieur. Rien de remarquable que le développement du ventre qui était très météorisé et déjà bleuâtre dans une grande partie de sa surface.

Tête. L'arachnoïde et la pie-mère étaient dans l'état naturel; la substance médullaire avait une bonne consistance et était un peu injectée. Il y avait une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, et une demi-cuillerée du même liquide à la base du crâne. Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée étaient dans l'état naturel.

Cou. L'épiglotte, le larynx, la tranchée-artère et le pharynx n'offraient point d'altération appréciable.

Poitrine. Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains. — Il y avait quelques adhérences celluleuses à la partie postérieure du poumon gauche, qui, comme celui du côté droit, était léger, mou, et n'offrait que quelques traces d'engouement à sa partie postérieure. Les bronches avaient une teinte rosée, et contenaient une petite quantité de mucus.

Abdomen. L'estomac et l'intestin grêle étaient considérablement distendus par des gaz. Il y avait, dans la cavité de l'abdomen, de trois à quatre litres de sérosité trouble, jaunâtre, mêlée de flocons albumineux, d'une odeur fétide, propre aux cas de perforation de l'intestin, et, entre la vessie et le rectum, un grand verre de pus bien lié. Sur l'iléum, à 70 millimètres du cœcum, se trouvaient deux trous, larges de 3 millimètres, placés au centre de deux ulcérations qui vont être décrites. — L'œsophage offrait, dans toute sa hauteur, des ulcérations ovalaires, dirigées verticalement, au nombre de trente, de 6 à 80 millimètres de surface, d'autant plus larges qu'elles étaient plus voisines du cardia, formées par la destruction de la membrane muqueuse qui était saine à son pourtour. — Celle de l'estomac était jaunâtre et ramollie dans son extrémité supérieure, grisâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans sa moitié pylorique, où elle offrait, dans la

hauteur de 40 millimètres, près du pylore, plusieurs petites ulcérations de 2 millimètres de large. — Une ulcération pareille, un peu plus large seulement, avait son siége dans le duodénum, près de la valvule pylorique. — Les circonvolutions de l'intestin grêle étaient réunies dans plusieurs points par des concrétions albumineuses, membraniformes, grisâtres, d'une bonne consistance, et offraient aussi des plaques d'un rouge assez intense, dues à l'injection du péritoine. Le jéjunum contenait une médiocre quantité de bile; sa membrane muqueuse offrait, dans le voisinage de l'iléum, des plaques tiquetées de gris; on en voyait de semblables dans l'iléum, et, jusqu'aux treize derniers décimètres, elles avaient leur aspect naturel. Au-delà elles offraient vingt ulcérations irrégulières, de la largeur de 4 millimètres, plus voisines de la forme carrée que de la forme arrondie, à bords peu saillants, grisâtres, coupés en dédolant, principalement formés par l'épaississement de la tunique sous-muqueuse. Au fond de ces ulcérations se trouvait la tunique musculaire, un peu rouge, plus ou moins amincie, d'ailleurs saine. Elle était détruite, et la tunique péritonéale existait seule, au centre de l'une d'elles. Enfin cette membrane avait disparu là où étaient les perforations. La plus grande des ulcérations finissait à 25 millimètres de la valvule iléo-cœcale, avait 50 millimètres de long sur 25 de large; et entre elle et cette valvule, tout le pourtour de l'intestin était inégal, tiqueté de gris et parsemé de petites ulcérations superficielles. — Les glandes mésentériques étaient grisâtres, volumineuses et un peu molles. — La membrane muqueuse du gros intestin était légèrement ramollie dans quelques points, et parfaitement saine dans le reste de son étendue. — Le foie était mollasse, d'ailleurs dans l'état naturel. Sa vésicule offrait, au milieu

d'un liquide abondant, d'une couleur plus foncée que de coutume, un calcul noirâtre, du volume d'un pois, hérissé d'aspérités. — La rate était cinq fois plus volumineuse que dans l'état ordinaire ; sa couleur était noirâtre à l'extérieur et à l'intérieur, son tissu ramolli à un médiocre degré. — Les autres viscères étaient sains.

Entre cette observation et la précédente la différence n'est pas considérable, et, à part quelques lésions accessoires, il y a presque identité. C'est la même absence de symptômes caractéristiques, le même aspect des plaques elliptiques, ulcérées ou non ulcérées, de l'intestin. Le début de la maladie est un peu plus violent, les frissons se répètent dix jours de suite, l'anorexie est complète ; mais les forces diminuent peu, le malade se promène jusqu'au vingtième jour de l'affection, époque à laquelle ont lieu un peu de diarrhée, quelques symptômes péripneumoniques, et bientôt tous ceux d'une perforation ; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve les vingt dernières plaques de l'iléum profondément ulcérées, deux d'entre elles perforées, leur pourtour grisâtre, comme chez les sujets de la précédente observation ; les glandes mésentériques volumineuses, d'une couleur assez naturelle, et un peu ramollies, beaucoup d'ulcérations dans l'œsophage et dans l'estomac.

Malgré des frissons assez répétés dans les dix premiers jours de la maladie, la réaction fut peu considérable, et la couleur des plaques elliptiques de l'iléum et des glandes mésentériques correspondantes me paraît indiquer, qu'ici, comme dans l'observation qui précède, l'inflammation n'eut que la moindre part aux ulcérations.

Mais était-il possible, dans l'absence de tout symptôme caractéristique, car il n'y eut ni stupeur, ni délire ; on n'ob-

serva ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*, ni météorisme; était-il possible de reconnaître, ou du moins de soupçonner le véritable caractère de l'affection, quand le malade fut admis à l'hôpital? Le degré du mouvement fébrile et la perte complète de l'appétit devaient éloigner l'idée d'un embarras gastrique; rien n'indiquait une entérite proprement dite, une maladie du foie, des reins ou des viscères thorachiques (avant les symptômes péripneumoniques). Et, comme les affections typhoïdes, dont les symptômes sont ensuite les plus graves, ne donnent assez souvent lieu, huit et dix jours de suite, qu'à des accidents légers, semblables à ceux que le malade dont il s'agit a éprouvés, on conviendra qu'il n'était possible de soupçonner qu'une affection typhoïde. Et ce fait et le précédent prouvent que la durée de cet état obscur n'ôte rien à la légitimité des soupçons. J'ajouterai que si le malade, au lieu de se présenter à l'hôpital au vingt-troisième jour de la maladie, y eût été admis plus tôt, après huit à dix jours de souffrances, par exemple, et si, à dater de cette époque, il eût été étudié avec soin, on aurait sans doute observé quelques symptômes plus ou moins caractéristiques qui auraient mis sur la voie: des douleurs ou du gargouillement dans la fosse iliaque du côté droit, des taches roses, lenticulaires, qui avaient peut-être existé avant l'admission du malade à la Charité, le gonflement de la rate; symptômes qui, réunis à la fièvre et à la diarrhée, auraient suffi, indépendamment de tout accident grave, pour caractériser la maladie.

D'ailleurs, les ulcérations de l'intestin grêle ne sont pas les seules dont la marche ait été latente : il en fut de même de celles de l'œsophage, puisque la déglutition fut facile, jusque dans les derniers temps de la maladie. Il n'est pas moins remarquable que les symptômes de la perforation fu-

rent peu prononcés ; qu'à cette époque le pouls, au lieu d'être serré, comme dans l'observation précédente, conserva une certaine largeur; que si ce fait n'explique pas l'absence des symptômes caractéristiques de la lésion des plaques de l'iléum, il montre que le faible degré de la sensibilité des membranes muqueuses était partagé par les séreuses. Mais à quoi attribuer la mort précipitée et inattendue du sujet ?

XLIIIe OBSERVATION.

Dégoût, anorexie incomplète, frissons au début, continuation des mêmes symptômes; ensuite selles rares, taches roses, lenticulaires; au vingt-deuxième jour, quelques douleurs hypogastriques ; symptômes de perforation au trente-huitième ; mort au *quarante-cinquième*. — Plaques elliptiques de l'iléum ulcérées, une d'elles perforée, dans le voisinage du cœcum; glandes mésentériques correspondantes un peu rouges, volumineuses et ramollies, etc.

Un tailleur, âgé de vingt-cinq ans, assez sujet au rhume, un peu étroit et maigre, ayant la respiration courte depuis l'âge de dix ans, fut admis à l'hôpital de la Charité le 31 mai 1825. Il était à Paris depuis neuf mois, accusait vingt jours de maladie, huit jours de repos, et n'avait pas gardé le lit. Au début, dégoût, anorexie, soif, toux, frissons suivis de chaleur. Ces symptômes persistèrent, les frissons revinrent toutes les fois que le malade n'était pas au soleil ou près du feu, et il se borna, pour toute nourriture, au café et au chocolat qui lui répugnaient. Ayant pris tous les jours, dans la première semaine, un peu de teinture de rhubarbe, il eut aussi, tous les jours, pendant le même espace de temps, une selle liquide; puis les évacuations alvines devinrent rares, et furent entièrement supprimées dans la dernière

semaine. Il y eut aussi un peu de malaise et de pesanteur à l'épigastre; mais nulle douleur de ventre.

Le 1er juin : figure naturelle, attitude convenable, intelligence développée; langue nette et humide au pourtour, villeuse au centre; soif vive, anorexie, oppression légère à l'épigastre, constipation; chaleur un peu élevée, moiteur universelle, pouls large et médiocrement plein, légèrement irrégulier; toux peu fréquente, quelques crachats muqueux; murmure respiratoire naturel; faiblesse moyenne, point de céphalalgie. (*Limon.; catapl. sur l'abd.; lavem. émoll.; diète.*)

Rien de remarquable les deux jours suivants. Le 4 : teint jaunâtre, physionomie moins animée qu'à l'ordinaire, un peu de céphalalgie, quelques taches roses, lenticulaires, sur le ventre et sur la poitrine; légères douleurs à l'hypogastre, selles par lavement, comme les autres jours; pouls assez large, à quatre-vingt-six.

Du 5 au 16 l'état du malade fut à peu près stationnaire; toutefois l'anorexie, fut moins complète, et, le 9, on lui permit deux demi-crêmes de riz. Le 17, pour la première fois, il eut des selles spontanées, liquides, et déjà, depuis plusieurs jours, la figure était plus pâle, la faiblesse plus considérable que de coutume; mais le caractère du pouls, les douleurs hypogastriques, etc., etc., n'avaient pas changé sensiblement.

Toutefois, dans la matinée du 18, le malade éprouva *tout à coup*, dans le testicule droit et dans la partie correspondante de l'hypogastre, une violente douleur. Celle-ci abandonna presque aussitôt son premier siége, resta fixée à l'hypogastre, qu'elle envahit tout entier en quelques minutes, et elle diminua assez rapidement; de manière que la sœur de service ne s'aperçut pas, dans la journée, que le malade

souffrît plus qu'à l'ordinaire. Il avait eu un peu de frisson et de tremblement au début de la douleur.

Le lendemain, elle était considérable, et l'exaspération datait du milieu de la nuit; la figure était effilée, couverte de grosses gouttes de sueur; il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni météorisme; le pouls était à cent quatre. (*Quart de lav. de lin opiacé*, bis; *catapl. arrosé de laudan.*)

Il y eut six selles liquides et plusieurs vomissements de bile verte, dans la matinée; les sueurs continuèrent tout le jour, et les douleurs furent plus ou moins vives. Le 20, à l'heure de la visite, elles étaient très fortes; le malade s'opposait à ce qu'on approchât les mains du ventre; sa figure n'exprimait pas l'anxiété; mais ses traits avaient une sorte d'immobilité qui leur était étrangère; la chaleur était médiocre, la toux nulle. (*Tis. de riz édulc. acidul.; cinquante sangsues à l'hypogastre ; foment. émoll.*)

La perte de sang fut assez considérable, les douleurs diminuèrent bien peu, il n'y eut ni nausées, ni vomissements, dans la journée. Le lendemain : ventre médiocrement tendu, toujours très douloureux, langue pâle, presque parfaitement nette, pouls à quatre-vingt-douze (*Trente sangsues à l'hypogastre*).

Le 22 : figure presque naturelle, douleurs beaucoup moins vives que la veille. Elles étaient encore moins considérables le lendemain et le surlendemain, en sorte que l'état du malade semblait stationnaire ou même tendre à s'améliorer; mais les douleurs augmentèrent un peu dans la journée du 24, elles furent extrêmement vives le soir, à six heures, et elles continuèrent à peu près au même degré jusqu'au lendemain, sans nausées, ni vomissements.

Le 25, le malade poussait de temps à autre des gémisse-

ments, sa figure était pâle et couverte de sueur, son intelligence parfaite, son ventre bien conformé, très douloureux, son pouls extrêmement petit et faible, à deux cents. Il y eut quelques vomissements de bile à dix heures un quart, et à une heure de l'après midi le malade expira.

OUVERTURE DU CADAVRE QUARANTE-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État exterieur. Amaigrissement assez considérable, ventre bleuâtre : il l'était déjà un peu la veille.

Tête. Infiltration légère au-dessous de l'arachnoïde ; épaississement partiel de cette membrane dans deux points, à 25 millimètres de la faux ; demi-cuillerée de sérosité claire dans chacune des ventricules latéraux ; substance médullaire du cerveau médiocrement consistante, légèrement injectée d'un sang pâle. Le reste sain.

Cou. Le larynx, l'épiglotte, le pharynx et la trachée-artère étaient blancs, et dans l'état naturel.

Poitrine. Le cœur était pâle et très mou ; ses parois étaient minces, celles du ventricule gauche avaient 7 millimètres d'épaisseur, celles du droit un peu moins de 3. L'aorte était saine. — Le sommet du poumon gauche présentait quelques adhérences celluleuses, était un peu dur et inégal, offrait, dans la hauteur de 50 millimètres, un assez grand nombre de granulations grises, demi-transparentes, au milieu desquelles se trouvait une excavation tuberculeuse, du volume d'une noix, en partie vide et communiquant avec les bronches. Celles-ci étaient un peu rouges, dans ce point seulement, et dans la hauteur de 9 centimètres. Au-dessous le tissu pulmonaire était dans l'état normal. Il en était de même du poumon droit, dont les bronches étaient parfaitement saines dans toute leur étendue.

Abdomen. Il y avait un peu moins d'un litre de liquide trouble, grisâtre et verdâtre, très fétide, dans les flancs et dans le petit bassin, et, dans ce dernier point, ce liquide avait, à la partie la plus déclive, la consistance du pus louable. La face concave du diaphragme et une partie de celle du foie étaient grisâtres et couvertes de fausses membranes, minces et peu consistantes; l'épiploon était rougeâtre et épais de 5 millimètres à sa circonférence; il adhérait au côté gauche du détroit supérieur dans une petite étendue, et il recouvrait l'intestin grêle, dont les circonvolutions, légèrement météorisées, occupaient, en grande partie, le petit bassin, et adhéraient entre elles par des concrétions membraniformes. Je pressai doucement l'intestin avant de détruire ces adhérences, et je vis s'échapper, du liquide épanché, de grosses bulles d'air, au moyen desquelles je reconnus le siége de la perforation, à 130 millimètres du cœcum. — L'œsophage était sain, l'estomac un peu distendu par des gaz. Sa surface extérieure n'offrait que quelques parcelles de fausses membranes, et à l'intérieur on trouvait une petite quantité de matière jaune, verdâtre, pultacée. Sa membrane muqueuse avait une couleur analogue, si ce n'est le long de la grande courbure où elle était grisâtre. Un peu ramollie près du pylore, elle avait partout ailleurs la consistance et l'épaisseur qui lui sont naturelles. — L'intestin grêle offrait, à sa surface externe, des plaques d'un rouge plus ou moins foncé, dues à l'injection du péritoine; il contenait une médiocre quantité de matière pultacée semblable à celle de l'estomac. Sa membrane muqueuse avait perdu la moitié de sa consistance dans le jéjunum, était molle comme du mucus dans l'iléum, un peu épaissie dans toute sa longueur. A 6 décimètres du cœcum se trouvait une ulcération transversale, de 19 millimètres de surface, à l'opposite du mésentère, ayant

pour fond la tunique musculaire amincie, et des bords peu saillants, de 5 millimètres de large, légèrement grisâtres, non tiquetés de gris-bleu. Six ulcérations semblables existaient dans les 15 centimètres les plus rapprochés du cœcum, et, au centre de la première d'entre elles, se trouvait la perforation, qui avait 6 millimètres de diamètre, et dont les bords, très minces, étaient formés, dans une partie de sa circonférence, par le péritoine seulement. — Les glandes mésentériques étaient un peu rouges, triplées ou quadruplées de volume, et avaient moitié moins de consistance que dans l'état ordinaire. — La membrane muqueuse du gros intestin était très ramollie dans sa première moitié, beaucoup moins dans la seconde, et légèrement épaissie dans toute son étendue. Sa tunique sous-muqueuse et celle de l'intestin grêle l'étaient aussi. — Le foie était un peu pâle et mou ; la bile de la vésicule, abondante, claire et d'un rouge foncé ; la rate était doublée de volume ; son tissu un peu pâle et légèrement ramolli ; et les autres viscères de l'abdomen étaient dans l'état normal.

A l'intérêt des précédentes observations se joint ici l'intérêt qu'offre la durée beaucoup plus considérable de la maladie ; la mort n'ayant eu lieu que quarante-cinq jours après le début. Comme dans les deux premiers cas, la soif, l'anorexie, les douleurs de tête, les frissons, indiquent clairement le début ; les frissons se renouvellent plusieurs jours de suite, les autres symptômes persistent longtemps au même degré, sans que d'autres s'y ajoutent : c'est seulement après trois semaines, le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital, que des douleurs de ventre se manifestent ; la diarrhée ne survient qu'au trente-septième jour de l'affection, la veille de la perforation ; et, après la mort, on trouve sept ul-

cérations de peu d'étendue, à bords aplatis, dans l'intestin grêle, près du cœcum; un ramollissement marqué de la membrane muqueuse de l'un et de l'autre intestin, un ramollissement moindre de celle de l'estomac; le cœur, le foie et la rate ayant subi une altération analogue.

Les ulcérations de l'intestin grêle étant la plus profonde, et sans doute la plus ancienne des lésions observées, à elles doivent être attribués, en grande partie du moins, les symptômes fébriles du début, l'anorexie et la soif qui furent à peu près stationnaires pendant un mois. Et l'on conçoit qu'à une lésion si peu étendue, si lente peut-être à se développer, devaient correspondre des symptômes peu intenses, d'autant mieux que le pourtour des ulcérations, ou ce qui restait des plaques ulcérées, était fort peu épaissi, pâle; que l'état inflammatoire avait sans doute été fort peu considérable, et n'avait pris, comme dans le cas précédent, qu'une faible part à l'ulcération. — Un autre fait dépose en faveur de cette manière de voir, je veux parler du peu d'effet de la teinture de rhubarbe donnée dix jours de suite.

Ce qui a été dit relativement à la précédente observation suffit d'ailleurs pour montrer comment on pouvait encore arriver ici à reconnaître le caractère de la maladie. Mais, de plus que chez le sujet de cette observation, il y eut, longtemps avant la perforation, des douleurs de ventre, et des taches roses, lenticulaires, furent observées; en sorte que le diagnostic devait être beaucoup plus facile que dans les deux derniers cas; qu'il n'offrait pas même de difficultés bien réelles pour un médecin attentif, avant la perforation.

Il convient, toutefois, de remarquer ici que l'affection tuberculeuse débuta, suivant toutes les apparences, avec la maladie principale, sans qu'il y eût un certain mélange des symptômes des deux affections dès leur début. Cependant,

comme les ulcérations de l'intestin grêle, bien qu'incomplétement décrites, avaient les caractères de celles qui ont lieu dans le cours de l'affection typhoïde ; comme l'état des glandes mésentériques ne pouvait être rapporté qu'à celle-ci ; évidemment cette maladie a eu la plus grande part aux symptômes et aux lésions observés, et l'observation qui nous occupe ne pouvait être placée que dans le chapitre de l'affection typhoïde latente.

XLIVe OBSERVATION.

Frissons, céphalalgie, anorexie, bientôt douleurs de ventre; retour des frissons pendant huit jours et régulièrement, puis diarrhée fort irrégulière ; évacuation d'un verre de sang au vingtième jour ; réapparition des frissons, augmentation de la faiblesse, symptômes de perforation, mort au *trente-sixième jour* de la maladie. — Ulcérations nombreuses de l'iléum ; glandes mésentériques correspondantes volumineuses et violacées; ulcérations de la muqueuse gastrique, etc.

Un jeune homme de vingt-huit ans, occupé, depuis dix mois, dans une campagne aux environs de Paris, de travaux d'agriculture, fut admis le 20 décembre 1824 à l'hôpital de la Charité. D'une taille assez élevée, d'une constitution médiocrement forte, presque toujours bien portant, il accusait trois semaines de maladie. L'affection avait été précédée, pendant un mois, d'une toux peu incommode, et avait débuté par une céphalalgie intense, la perte presque complète de l'appétit, la soif, des frissons suivis de chaleur et de sueur. Ces symptômes avaient persisté, les frissons étaient revenus régulièrement tous les jours, à la même heure, dans la première semaine, puis avaient presque entièrement disparu ; les selles, après avoir été supprimées pendant huit jours, avaient été assez fréquentes et liquides, à compter du 12 décembre ; et le malade assurait avoir rendu un verre de

sang noirâtre, la veille de son admission à l'hôpital. Des coliques avaient précédé le début de la diarrhée. Il n'avait eu ni douleurs à l'épigastre, ni nausées, ni vomissements. —Le malade avait été mis à une diète assez sévère; il ne prenait que de l'eau de riz depuis huit jours, gardait le lit, éprouvait un peu de chaleur et de malaise, depuis quinze. La toux avait un peu diminué.

Le 21 décembre : figure naturelle, intelligence développée, réponses un peu lentes ; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres; langue naturelle au pourtour, couleur café au lait au centre; anorexie presque complète, soif assez vive, épigastre un peu douloureux par intervalles, depuis vingt-quatre heures ; une seule selle dans la soirée; pouls à soixante quinze; toux rare, respiration facile, percussion de la poitrine bien sonore; aucune espèce de râle mêlé au bruit respiratoire. Le malade était calme, n'éprouvait qu'un malaise très médiocre. (*Riz éd.; pot. gom.; deux demi-laits de poule.*)

Le soir, de quatre à huit heures, frissons suivis de chaleur, sans sueur. L'accès revint le lendemain et le surlendemain, mais un peu plus tôt, et on ordonna 4 décigrammes de sulfate de quinine à la visite du 24.

Ce même jour le frisson manqua. Le 25, les selles, qui avaient été régulières depuis l'admission du malade à l'hôpital, furent très fréquentes, au nombre de quinze environ, et on ordonna l'eau de riz acidulée avec le jus de citron. Le sulfate de quinine fut momentanément suspendu, puis repris pendant deux jours, et définitivement abandonné le 31. Il n'y avait eu que deux évacuations alvines la veille et l'avant-veille, et cependant le malade était très affaissé.

Le 1er janvier, il y eut quelques vomissements de bile et huit à dix selles liquides très petites ; le 2, les traits étaient

un peu affaissés, la parole beaucoup plus lente, le pouls plus accéléré que d'ordinaire, la chaleur médiocre, la toux peu fréquente, les crachats muqueux et rares; le malade souffrait peu. (*Décoct. bl.; demi-julep.*)

Il n'eut que trois selles dans la journée; mais, dans la nuit du 3 au 4, il éprouva *tout à coup* une douleur extrêmement vive à l'hypogastre; cette douleur, qui lui arrachait des cris, conserva la même intensité pendant une heure, et diminua beaucoup ensuite. Le 4, au moment de la visite, elle était fort peu considérable, le ventre était souple, et on pouvait le palper sans incommoder le malade, qui avait néanmoins donné, jusque-là, des preuves d'une sensibilité extrême. Ses traits étaient effilés, ses forces très abattues, sa langue un peu collante, la soif plus vive qu'à l'ordinaire, la respiration plus fréquente, le pouls à cent dix.

Le malade fut assez calme dans la journée; le 5, au matin, sa figure était animée, et, comme tout le reste du corps, couverte de sueur; la langue était très humide, la soif médiocre, les douleurs peu considérables. Il n'y avait pas eu d'évacuations alvines la veille.

Cet état de calme apparent ne fut interrompu que dans la soirée, par quelques vomissements de bile. Un peu plus tard, à dix heures et demie, se sentant très mal, persuadé qu'il n'avait plus que quelques minutes d'existence, le malade dit adieu à ses camarades, et à onze heures il expira.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-TROIS HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Ventre un peu météorisé, verdâtre inférieurement : point de vergetures.

Tête. Des granulations blanches, nombreuses, opaques et larges, naissaient de l'arachnoïde, près de la faux. La sub-

stance cérébrale était ferme et peu injectée chacun des ventricules latéraux contenait une petite cuillerée de sérosité; le reste était parfaitement sain.

Cou. Le larynx, l'épiglotte, la trachée-artère et le pharynx étaient dans l'état naturel.

Poitrine. Les poumons étaient unis aux plèvres, dans presque toute leur surface, au moyen d'un tissu cellulaire médiocrement serré; ils avaient l'un et l'autre, à leur sommet, dans la hauteur de 50 millimètres, une fermeté considérable, due au développement d'un assez grand nombre de granulations grises ou blanchâtres, solitaires ou agglomérées, formant des masses plus ou moins considérables, au milieu desquelles se trouvaient quelques tubercules ramollis. Il y avait encore quelques granulations disséminées dans le reste du lobe supérieur. L'inférieur offrait à peine quelques traces d'engouement, et se laissait néanmoins déchirer avec beaucoup de facilité. — Le cœur était petit, ses chairs fermes; l'aorte parfaitement saine.

Abdomen. On trouva un liquide roussâtre, trouble, fétide, d'une odeur spécifique, dans les flancs et dans le petit bassin; un grand verre de pus bien lié, jaunâtre, entre le rectum et la vessie; des fausses membranes minces et peu consistantes sur le foie, dans les fosses iliaques, et sur une partie de l'intestin grêle; le péritoine sur lequel elles étaient appliquées, d'un rouge vif, dans beaucoup de points. L'œsophage était parfaitement sain. — L'estomac était volumineux; sa membrane muqueuse était jaune, mince, d'une médiocre consistance, dans le grand cul-de sac et à sa face postérieure; rose, mamelonnée, d'une épaisseur et d'une fermeté convenables, ailleurs. Elle offrait, au milieu de ses mamelons, une centaine de petites ulcérations; elle était complétement détruite dans les points correspondants, très friable,

et on ne pouvait l'enlever, par traction, près du pylore, dans la largeur de 40 millimètres. — L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, universellement rose, et, dans quelques points, d'un rouge vif à l'extérieur. Il présentait, à 20 centimètres du cœcum, un trou de 2 millimètres de diamètre environ, en partie obstrué par une pellicule jaunâtre encore adhérente à son pourtour, et il contenait une médiocre quantité de bile. Sa membrane muqueuse était un peu ramollie dans le voisinage du cœcum, et saine ailleurs. Les plaques elliptiques des 13 derniers décimètres de l'iléum, au nombre de vingt, étaient ulcérées, et quelques-unes de celles qui les précédaient, un peu roses et boursouflées, dans une partie de leur étendue. Les ulcérations étaient très irrégulières, largement dentelées ; leurs bords, plus ou moins larges ou étroits, formés par la membrane muqueuse épaissie, ramollie, d'une teinte rose très légère, et par le tissu cellulaire sous-muqueux, non moins épaissi, un peu infiltré, d'ailleurs blanchâtre. Inégalement profondes, les unes résultaient de la destruction de la membrane muqueuse seulement ; les autres de la destruction de cette membrane et du tissu sous-muqueux ; en sorte que la tunique musculaire, un peu épaissie et rougeâtre, était à nu. Enfin, cette dernière, dans un cercle de 4 millimètres de diamètre, et le péritoine, dans une largeur un peu moins considérable, étaient détruits, au fond de l'ulcération où se trouvait la perforation. — Le gros intestin contenait une petite quantité de matières fécales, pultacées ou en morceaux ; sa membrane muqueuse était pâle, ramollie, ne donnait, par traction, que des lambeaux de 2 à 4 millimètres, dans son premier sixième ; puis elle devenait successivement plus consistante, et reprenait, dans son dernier quart, la fermeté qui lui est naturelle. — Les glandes mésentériques étaient violacées, volumi-

neuses pour la plupart, surtout dans le voisinage du cœcum. — Le foie avait un volume médiocre, une couleur fauve pâle, uniforme. — La rate était doublée de volume, avait une teinte claire et une consistance à peu près naturelle. — Les autres viscères étaient parfaitement sains.

Si les symptômes éprouvés par le sujet de cette observation ressemblent, par leur peu de gravité, à ceux qui ont été décrits dans les trois précédentes, ils offraient aussi des différences assez remarquables, qu'il importe de signaler. Les frissons ne revinrent pas seulement plusieurs fois dès le début, ils se répétèrent huit jours de suite, à la même heure, après quoi ils cessèrent spontanément, pour se reproduire de nouveau au vingt-cinquième jour de l'affection. Au lieu d'être indolent, le ventre fut un peu douloureux dès le début; la diarrhée se déclara peu après, et, quelquefois suspendue, elle revint à différentes reprises, alternativement légère et forte. La faiblesse fut aussi plus marquée que dans les autres cas d'affection typhoïde latente; de manière que, malgré l'absence de plusieurs des symptômes les plus caractéristiques, il est vrai de dire que la maladie avait suivi assez exactement sa marche la plus ordinaire. Il faut encore remarquer que la veille du jour où le malade fut admis à l'hôpital, il rendit un verre de sang liquide; symptôme extrêmement rare dans le cours de toute autre maladie aiguë que l'affection typhoïde, et qui avait fait soupçonner à M. Chomel le véritable caractère de l'affection. Mais d'autres symptômes caractéristiques n'ayant pas eu lieu, il abandonna cette idée, à laquelle je ne m'arrêtai pas davantage; de manière que je ne reconnus la maladie qu'au moment de la perforation. Jusque-là l'état du malade fut un problème pour moi, et la solution m'en pa-

raissait d'autant plus difficile qu'il y avait une complication pulmonaire, dont la nature était incertaine.

Il faut convenir cependant qu'avec plus d'attention, et en discutant d'une manière rigoureuse les symptômes, j'aurais dû reconnaître la maladie. Sans doute elle avait commencé, jusqu'à un certain point, comme une fièvre quotidienne, les frissons s'étaient renouvelés huit jours de suite régulièrement; mais l'appétit ne revenait pas dans les intervalles, des douleurs de ventre avaient eu lieu peu après le début, la diarrhée avait bientôt suivi : ce n'était réellement ni la marche d'une fièvre intermittente, ni celle de l'entérite. Les symptômes indiquaient néanmoins une affection qui avait son siége dans l'abdomen; la persistance de la diarrhée, quelquefois seulement interrompue, puis l'évacuation du sang par les selles, la diminution des forces, l'inutilité du régime relativement à la marche de la maladie, etc., etc., tout cela aurait dû, malgré le peu d'accélération habituelle du pouls, m'arrêter exclusivement à l'idée de l'affection typhoïde. Ajoutons que les taches roses, lenticulaires, ne furent pas recherchées, que l'abdomen ne fut pas exploré convenablement, qu'il en fut de même de l'état des sens, et que d'un examen plus complet auraient pu jaillir de nouvelles lumières pour le diagnostic.

D'ailleurs, comme dans la précédente observation, il faut nécessairement admettre que l'affection pulmonaire a eu quelque part aux symptômes éprouvés par le malade. Mais le début de l'affection typhoïde a été très tranché, et l'altération des plaques elliptiques de Peyer a été si exactement la même que celle qu'on observe chez les sujets qui succombent à cette maladie, sans complication, qu'il est impossible d'en attribuer la moindre part aux tubercules : en sorte qu'en mettant le fait qui nous occupe parmi les cas

d'affection typhoïde latente, nous le mettons à sa véritable place.

L'observation suivante forme, jusqu'à un certain point, un lien naturel entre les cas dans lesquels la maladie avait la forme la plus latente, et ceux où elle se montrait avec les symptômes les plus caractéristiques.

XLVme OBSERVATION.

Anorexie, diarrhée légère, affaiblissement considérable au début, moindre ensuite ; au seizième jour douleurs à l'épigastre et à l'oreille gauche, surdité légère, puis somnolence, quelques vomissements, et enfin, au *vingt-troisième* jour, altération profonde des traits, douleurs à l'hypogastre, météorisme, mort le *même jour*. — Ulcérations au pharynx, destruction partielle de l'épiglotte ; plaques de l'iléum ulcérées, une d'elles perforée ; glandes mésentériques correspondantes, rouges, volumineuses et ramollies, avec des points purulents.

Un menuisier, d'une constitution peu forte, d'une taille moyenne, n'ayant jamais éprouvé d'affection grave, fut admis à l'hôpital de la Charité le 3 novembre 1823. Arrivé à Paris dans la dernière semaine du mois d'août, il était malade depuis quinze jours, et avait presque constamment gardé le lit depuis cette époque.

Au début, au milieu du jour : anorexie, diarrhée légère, sentiment de faiblesse si considérable que le malade ne peut regagner son habitation qu'avec peine : ces symptômes persistèrent ; seulement la faiblesse diminua un peu, à compter du troisième jour. D'ailleurs, point de frissons, de douleurs de ventre, de nausées ou de vomissements ; parfois un peu de chaleur et de sueur pendant la nuit.

Le 4 novembre : figure un peu animée, sommeil médiocre et calme, intelligence peu développée, fatigue légère dans les membres, faiblesse assez considérable, bien que

pourtant le malade soit venu à pied à l'hôpital, aidé d'un bras ; langue un peu rouge au pourtour, anorexie, soif médiocre, ventre souple, indolent, trois selles liquides ; pouls à quatre-vingt-quatre, chaleur médiocre, un peu de toux, quelques crachats demi-vitrés ; attitude convenable. (*Décoct. de riz éd. ; lav. lin ; pot. gomm. simple.*)

Le soir : chaleur intense, et, dans la nuit, légères douleurs à l'épigastre, élancements insupportables dans l'oreille gauche, surdité presque complète de ce côté. Le lendemain : même état de l'oreille, pouls un peu plus accéléré que la veille, chaleur naturelle, langue un peu rouge et sèche au centre, toux plus incommode, crachats plus visqueux et un peu louches ; deux selles liquides, moiteur assez considérable pendant la nuit.

Dans la nuit du 5 au 6 : sueur copieuse, nausées, vomissements de bile. Le 6, au matin : même état que la veille, sauf un peu plus d'accélération du pouls (cent), qui était aussi plus étroit.

Il y eut des coliques assez vives pendant la nuit, autour de l'ombilic. Le 7, elles persistaient, la langue était un peu rouge au pourtour, humide et blanchâtre au centre, la soif médiocre, la chaleur assez forte, le pouls médiocrement accéléré, la céphalalgie intense, la physionomie naturelle ; une selle liquide. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Les douleurs se dissipèrent dans la journée, pour reparaître le lendemain ou le surlendemain. Il y eut trois selles chaque jour, et comme le malade rendit quelques vers lombrics, et qu'il en avait rendu huit jours de suite, une semaine avant de tomber malade, on ordonna 30 grammes d'huile de ricin mêlée à pareille quantité de sirop tartareux, à prendre dans la matinée du 9.

Cette potion n'augmenta pas le nombre des selles et ne fit

pas rendre de vers. Le 10, le pouls était à quatre-vingt-dix, la figure moins naturelle que de coutume, avec l'empreinte d'une sorte d'embarras et de malaise.

Dans la journée : assoupissement fréquent, deux selles, dont une involontaire, avec quelques ascarides lombricoïdes. Au milieu de la nuit, vomissement de bile considérable. Le lendemain : persistance de l'assoupissement, figure peu altérée, faiblesse extrême, réponses brèves, soif vive, épigastre très sensible à la pression, ventre bien conformé ; pouls un peu plus accéléré que la veille ; respiration un peu haute et fréquente, poitrine sonore dans toute son étendue, un peu de râle crépitant, gros, en arrière, à droite, près de la colonne vertébrale. (*Deux vésic. aux jambes ; foment. émoll. sur l'abdomen.*)

On remarqua, dans le cours de la journée, une profonde altération des traits, bien que le malade ne parût pas beaucoup souffrir. Le 12, à l'heure de la visite, sa figure était pâle, encore plus décomposée que la veille ; il se plaignait d'une faiblesse extrême, n'accusait pas de grandes douleurs, et néanmoins la région hypogastrique était extrêmement sensible à la pression, et un peu météorisée. Il semblait d'ailleurs très attentif à tout ce qui se passait autour de lui.

Cet état ne changea pas sensiblement dans la journée, et le malade mourut vers sept heures du soir, sans délire, sans râle, et sans qu'on eût remarqué le moment précis où il rendit le dernier soupir.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SEPT HEURES APRÈS LA MORT.

Etat extérieur. Peau plus dense et plus épaisse dans le points correspondants aux vésicatoires que dans les parties environnantes.

Tête. Gouttelettes de sang très nombreuses à la surface de la dure-mère ; granulations multipliées sur l'arachnoïde cérébrale, près de la faux ; pie-mère très injectée ; substance corticale du cerveau d'un rose tendre et ponctuée de sang, la médullaire très injectée ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux ; deux cuillerées du même liquide dans les fosses occipitales inférieures. — Les substances corticale et médullaire du cervelet dans le même état que celles du cerveau.

Cou. La luette et les amygdales n'offraient rien de remarquable ; il y avait, du côté droit du pharynx, six ulcérations ovalaires, de 6 à 12 millimètres dans leur grand diamètre, dont une, plus profonde, reposait sur le tissu musculaire, tandis que les autres avaient pour fond la tunique sous-muqueuse. Le bord correspondant de l'épiglotte était détruit, dans la largeur de deux millimètres environ. La membrane muqueuse de la trachée-artère était d'un rouge vif, inférieurement surtout.

Poitrine. Le cœur était un peu moins ferme que dans l'état ordinaire, d'ailleurs sain ; on trouva des concrétions succiniformes dans chacun de ses ventricules. L'aorte était remplie d'un sang noirâtre et violet, d'une blancheur parfaite. — Les poumons étaient libres, légers, un peu rouges antérieurement ; bleuâtres, lourds et flasques en arrière, où ils ne contenaient presque point d'air, et rendaient, par expression, une petite quantité de liquide noirâtre, assez ténu ; offrant à peu près la même résistance à la traction, dans toute leur étendue. — Les bronches contenaient un peu de mucus et étaient d'un rouge livide intense.

Abdomen. Un liquide jaunâtre et roussâtre, trouble, peu abondant, très fétide, existait dans le petit bassin et dans les fosses iliaques. — L'intestin grêle était un peu météorisé ; ses circonvolutions étaient réunies entre elles par quel-

ques fausses membranes très minces. Tout ce qu'on en voyait était rouge, et cette rougeur, qui devenait très vive après l'enlèvement des fausses membranes, appartenait au péritoine, qu'on pouvait détacher, sans le rompre, du tissu sous-jacent. Une légère pression, exercée sur l'intestin grêle, donna issue à quelques bulles d'un gaz, qui, en traversant le liquide épanché, montrèrent le lieu de la perforation de l'iléum, à 30 centimètres du cœcum, au centre d'une des plaques que je décrirai tout à l'heure. L'estomac était doublé de volume ; sa membrane muqueuse, enduite d'un mucus visqueux, d'un gris mêlé de rouge, mamelonnée dans toute son étendue, si ce n'est le long de la petite courbure et près du pylore; très épaissie et très ramollie le long de la grande courbure, non moins ramollie dans le grand cul-de-sac, où il était impossible d'en avoir des lambeaux par traction. — L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de bile et de mucosités. Sa membrane interne était saine, dans la plus grande partie de sa longueur; offrait, dans sa seconde moitié, un assez grand nombre de plaques elliptiques, grisâtres, tiquetées de gris-bleu, comme cela existe ordinairement dans l'état sain. Deux d'entre elles étaient ulcérées, et le tissu cellulaire sous-muqueux correspondant un peu épaissi et d'un rose tendre. Dans le dernier mètre de l'iléum se trouvaient trente autres plaques, de même forme, placées, comme les premières, à l'opposite du mésentère, épaisses de 4 à 6 millimètres et plus dans quelques points; et quelques-unes d'entre elles avaient, dans leur grand diamètre, 72 millimètres. La muqueuse était plus ou moins largement détruite à leur surface, et elles étaient formées par une matière homogène, d'une consistance assez généralement la même que celle des glandes lymphatiques légèrement enflammées, jaunâtre ou d'un

rose tendre, assez ferme au centre, plus ou moins friable à leur pourtour, de manière qu'on la séparait sans peine, dans ce point, des parties environnantes. Cette matière, plus ou moins profondément sillonnée, suivant le petit diamètre de quelques plaques, envahissait, dans plusieurs points, la tunique musculaire, de laquelle on la séparait toujours difficilement: elle était intacte sur la moitié des plaques, plus ou moins largement et profondément détruite sur les autres; et cette destruction était complète sur celle où se trouvait la perforation. Celle-ci avait 3 millimètres de diamètre, et des bords très minces, formés par le péritoine et la tunique musculaire mise à nu, dans la largeur de 2 millimètres. Cette tunique était plus ou moins épaissie dans les points correspondants aux autres plaques; il en était de même du tissu cellulaire, à leur pourtour, dans la largeur de 12 à 25 millimètres; tandis que la membrane muqueuse était plus ou moins rouge, très ramollie et un peu épaissie, dans leur intervalle. — Les glandes mésentériques, correspondantes au dernier tiers de l'intestin grêle, étaient volumineuses, plus ou moins rouges et friables; et, au centre de quelques-unes d'entre elles, se trouvait un peu de pus.— La membrane muqueuse du gros intestin était rose dans quelques points, et généralement un peu ramollie et épaissie. Le foie était plus volumineux, plus rouge, plus gorgé de sang, plus friable que dans l'état naturel; la bile de la vésicule était rousse, claire et assez abondante. — La rate était haute de 15 centimètres, large de 14, épaisse de 6, bleuâtre à l'extérieur, rouge clair à l'intérieur, et un peu ramollie. — Les autres viscères de l'abdomen étaient sains.

On ne saurait assurément faire remonter la perforation

au-delà de l'époque à laquelle on remarqua une profonde altération des traits, c'est-à-dire avant les vingt-quatre dernières heures de l'existence du malade ; de manière que les symptômes observés antérieurement doivent être attribués aux autres lésions. Bien que peu proportionnés à l'état de l'intestin grêle, plusieurs de ces symptômes pouvaient, au début, à la fin, ou dans le cours de la maladie, indiquer son véritable caractère. Au début, c'était une faiblesse remarquable, dont ne pouvait rendre compte la diarrhée ; le lendemain de l'admission du malade à l'hôpital, un commencement de surdité ; et, un peu plus tard, l'assoupissement et l'altération des traits. Si à cette dernière époque on ne pouvait guère admettre qu'une affection typhoïde, on devait encore en soupçonner l'existence, peu après son début. Car si la diarrhée ne rendait pas compte de la faiblesse qui avait lieu alors, elle indiquait le siége de l'affection, et celle-ci ne paraissant pas être une entérite proprement dite, on devait penser à l'affection typhoïde ; avec d'autant plus de raison qu'il n'était pas possible non plus, à l'époque dont il s'agit, d'attribuer l'affaiblissement à une maladie de la membrane muqueuse de l'estomac, dont les symptômes ne se développèrent que beaucoup plus tard.

Les plaques dures ou molles de l'iléum étaient d'ailleurs fort remarquables : les plaques molles, en ce que le tissu cellulaire qui entre dans leur composition était plus altéré que la membrane qui le recouvre ; ce qui semble indiquer, comme je l'ai dit antérieurement, que l'altération de ce tissu est peut-être primitive, dans certains cas : les plaques dures, en ce que le tissu cellulaire environnant était fort épaissi, dans la largeur de 25 à 40 millimètres, épaississement qu'on ne pouvait regarder que comme consécutif à l'altération plus profonde de celui qui concourait à la formation des plaques.

Cependant, il faut le dire, à cette époque comme plus tard, le nombre des symptômes observés était trop peu considérable pour qu'on pût porter un diagnostic certain : on ne rechercha ni les taches roses, lenticulaires, ni les *sudamina*, ni l'état de la rate ; en un mot, l'observation fut recueillie incomplétement ; et l'affection, qui fut latente alors, et qui mérite encore ce nom par la bénignité des symptômes, aurait sans doute été reconnue, si le malade eût été observé avec plus de soin.

Il faut encore remarquer que l'état, en quelque sorte latent, des plaques de Peyer, ne fut pas le seul ; qu'il en fut de même des ulcérations du pharynx et de la destruction partielle de l'épiglotte, qui ne donnèrent lieu à aucun symptôme capable d'en révéler l'existence.

A part un fait qui a la plus grande analogie avec les cinq observations qui viennent d'être exposées, celles-ci sont les seules de cette espèce que j'aie recueillies ; et bien que les réflexions déjà faites à leur sujet me laissent peu de chose à dire sur leur ensemble, il ne sera pas inutile de revenir rapidement *sur les trois premières*, qui offrent entre elles beaucoup de similitude, par le peu de gravité des symptômes, autant que par le caractère des lésions.

Relativement aux symptômes, les malades éprouvèrent, dès le début, des frissons, des maux de tête, une soif plus ou moins vive, une diminution plus ou moins considérable de l'appétit ; les frissons se renouvelèrent irrégulièrement un certain nombre de fois, la chaleur et la soif furent très médiocres, la diminution ou la perte de l'appétit continuèrent au même degré, l'affaiblissement fut peu considérable, jusqu'au moment de la perforation ; il n'y eut ni douleurs de ventre, ni diarrhée, dans toute ou presque toute la durée de l'affec-

tion. Loin de là, les selles furent rares, de manière qu'aucun symptôme n'indiquait directement la nature ou le siége de la maladie, et que dans l'absence de beaucoup de symptômes qui n'ont pas été recueillis, et qui peut-être n'existaient pas, on ne pouvait arriver au diagnostic que par voie d'exclusion. Rien ne portait à soupçonner une affection de l'encéphale ou de la poitrine ; et, parmi celles de l'abdomen, on ne pouvait, comme je l'ai dit, penser à l'embarras gastrique, ni à l'embarras intestinal, ni à la gastrite, dont il n'y avait aucun symptôme caractéristique ; ni à une maladie du foie ou des reins, ni à l'entérite proprement dite ; cette maladie ne pouvant être soupçonnée là où il n'y a ni selles nombreuses et liquides, ni douleurs de ventre. Et comme les sujets qui nous occupent étaient, par leur âge et les circonstances au milieu desquelles ils se trouvaient, du nombre de ceux qui sont les plus exposés à l'affection typhoïde, on arrivait ainsi, par voie d'exclusion, au diagnostic de cette maladie.

Je ne prétends pas néanmoins qu'il soit possible, dans l'absence des symptômes que je vais rappeler, d'établir, d'une manière positive, l'existence de l'affection typhoïde ; car un pareil degré de certitude, dans la méthode d'exclusion, supposerait dans la pathologie une perfection qu'elle est loin d'avoir, et aussi que l'état latent n'a lieu, dans les maladies aiguës, que chez les sujets atteints d'affection typhoïde ; ce qui n'est pas. Ce que je veux dire seulement, c'est que dans des cas analogues à ceux dont il s'agit, tous les soupçons devraient se diriger vers cette dernière affection. Mais qu'aux symptômes indiqués se joignent quelques taches roses, lenticulaires, une évacuation de sang par les selles, la surdité, des éblouissements ou une faiblesse marquée, dès le début, comme dans les deux dernières observations, le diagnostic

devient beaucoup plus positif, et l'on peut, comme on l'a vu plus haut, indépendamment d'une prostration extrême, du météorisme et des symptômes cérébraux, attester l'existence de l'affection typhoïde. — L'examen des fonctions des organes des sens et celui de la surface du corps, sont donc d'une grande importance dans les maladies aiguës dont le diagnostic offre de l'obscurité. Il n'est pas moins nécessaire alors d'explorer avec soin la région de la rate, et si on ne la sentait pas à travers les parois de l'abdomen, de percuter méthodiquement la poitrine, puisque l'augmentation du volume de la rate a lieu, comme nous avons vu, dans presque tous les cas où les plaques elliptiques de Peyer sont altérées.

On se rappelle d'ailleurs que dans un grand nombre de cas où les symptômes de l'affection typhoïde ont été très prononcés, à une époque plus ou moins éloignée du début, ils n'ont été, pendant une ou plusieurs semaines, ni plus graves, ni plus caractéristiques que chez les sujets dont il s'agit; de manière que la différence la plus réelle qui existe entre ces deux formes d'une même affection, c'est que dans l'une les caractères négatifs de la maladie se prolongent, restent à peu près les mêmes dans tout son cours, tandis qu'à une certaine époque de l'autre, ils font place aux symptômes les plus graves et les plus caractéristiques.

Mais la bénignité des symptômes observés, qui est si remarquable à raison de la terminaison fâcheuse de la maladie, est, jusqu'à un certain point, facile à concevoir; vu que dans deux des trois cas dont il s'agit spécialement ici, le nombre des plaques altérées était peu considérable; que dans tous trois, leur pâleur, qui ne pouvait être attribuée à une marche rétrograde, indiquait, comme il a été observé, que l'inflammation n'avait eu que la moindre part à leur altération, à l'ulcération en particulier. — En admettant que le traite-

ment antiphlogistique soit généralement approprié à l'affection typhoïde, que pourrait-il dans des cas analogues à ceux dont il s'agit?

Si ces conclusions sont rigoureuses, c'est une nouvelle preuve que dans la description des lésions aucun détail n'est à négliger, puisque se borner ici à indiquer le nombre et la grandeur des ulcérations n'eût pas suffi.

Toutefois, les faits qui précèdent n'auraient qu'une médiocre valeur, si l'on n'y voyait que la preuve de la difficulté du diagnostic et le moyen d'y parvenir, dans certains cas. Leur grande importance consiste, ce me semble, en ce qu'ils doivent faire naître, comme je l'ai indiqué, des doutes légitimes sur toutes les affections fébriles sans siége déterminé, qu'on appelle *générales*, et mettre, par conséquent, sur la voie des problèmes dont il nous importe le plus d'avoir la solution. Quoi de plus semblable, en effet, à une fièvre continue, légère, que l'une ou l'autre des trois observations qui nous occupent? Et, à supposer que, dans ces cas, la terminaison de la maladie eût été heureuse, que les ulcérations, au lieu de gagner continuellement en profondeur, se fussent cicatrisées; quel médecin aurait dit que l'individu malade avait éprouvé une affection typhoïde? que chez lui les plaques elliptiques de l'intestin grêle avaient subi une certaine altération? Je ne veux pas conclure de ces faits que toutes les maladies fébriles, sans siége déterminé jusqu'ici, qui atteignent des sujets jeunes et placés dans les conditions les plus favorables au développement de l'affection typhoïde, ne sont autre chose que cette maladie; car il s'agit ici, non de ce qu'on appelle conclusions hardies, mais de conclusions rigoureuses; et celles-ci ne peuvent résulter que d'une masse de faits supérieure à celle que j'ai recueillie relativement à l'objet en question. Mes remarques tendent seule-

ment à fixer l'attention des médecins sur une série de faits qu'il importe beaucoup d'éclairer.

Le nombre de ces maladies fébriles, sans siége déterminé ou sans lésions locales, devient, d'ailleurs, chaque jour plus restreint ; et tel fait qu'on a d'abord placé parmi les affections de ce genre, est mis ailleurs, si on l'examine avec plus d'attention : au moins est-ce ce qui m'est arrivé. J'avais d'abord réuni, sous le titre de fièvres simples, vingt-quatre des observations que j'ai recueillies ; mais, en les examinant avec soin, il ne m'en est resté que six, que je n'ai pu ranger sous un autre titre. Ces six observations étaient-elles autant d'exemples de l'affection typhoïde? Les autres étaient évidemment ou une entérite proprement dite, ou un catarrhe pulmonaire peu intense, accompagné d'un léger mouvement fébrile, ou une angine dans laquelle les symptômes locaux avaient été devancés, pendant vingt-quatre heures, par des symptômes généraux (1).

Enfin, les faits contenus dans cet article confirment entièrement ce qui a déjà été dit, au commencement de ce chapitre, que *l'affection typhoïde est distincte des autres maladies aiguës, et en particulier de l'entérite proprement dite, bien moins par la gravité, que par le nombre et la variété des symptômes.*

Je vais passer maintenant à un ordre de faits différents, opposés, à certains égards, à ceux dont je viens de donner

(1) J'ai donné, dans mon Mémoire sur les morts subites, l'histoire d'un malade qui offrait trois petites ulcérations dans l'intestin grêle (page 472), et à l'occasion duquel je disais que si l'on pouvait conclure quelque chose d'un fait isolé, on serait porté à croire que les fièvres continues, bénignes, sont ordinairement accompagnées de quelques ulcérations de l'intestin grêle et de l'inflammation des glandes mésentériques. Ce cas était effectivement un exemple d'affection typhoïde.

l'histoire. Il y aura bien encore de la disproportion entre les lésions et les symptômes observés; mais tandis que ceux-ci étaient fort légers, dans les précédentes observations, ils seront violents chez les sujets dont nous allons nous occuper, et l'altération des plaques elliptiques peu considérable, au contraire; en sorte qu'on pourrait se demander, au premier aperçu, si c'était toujours la même affection.

ARTICLE III.

Affections typhoïdes dont le caractère anatomique pouvait paraître douteux au premier abord.

XLVIe OBSERVATION.

Frissons, chaleur, anorexie, céphalalgie intense; bientôt, délire, cris violents, somnolence, puis raideur tétanique des muscles; douleurs de ventre au quatrième jour, plus tard météorisme, diarrhée légère; mort au *dix-neuvième jour*. — Infiltration purulente autour du pharynx, quelques plaques de l'iléum ulcérées; glandes mésentériques volumineuses, rouges et ramollies.

Une bonne d'enfants, âgée de dix-huit ans, non encore réglée, à Paris depuis près de vingt mois, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 3 février 1826, se disant malade depuis sept jours. Au début : céphalalgie, étourdissements, douleurs dans les membres, frissons et tremblements, bientôt suivis de chaleur; soif, anorexie, nausées. Les étourdissements et les nausées cessèrent au troisième jour, des douleurs de ventre eurent lieu ensuite, la chaleur fut élevée, les frissons ne revinrent pas. Il n'y eut de selles que par lavements; et, pendant les trois premiers jours de mars, la malade eut du délire pendant la nuit.— Elle fut mise à une diète sévère, et on lui appliqua des sangsues à la tempe gauche, du côté où la céphalalgie se faisait le plus sentir, la veille de son entrée à l'hôpital.

Le 4 : figure violacée, mouvements difficiles, décubitus varié, céphalalgie, mémoire sûre, réponses justes et promptes, point d'étourdissements, soif vive, anorexie, ventre météorisé, douloureux, immédiatement au-dessus de l'ombilic surtout; constipation ; pouls régulier, un peu étroit, à quatre-vingt-douze; chaleur médiocre, respiration peu fréquente, parfois entremêlée de soupirs; râle sec et sonore du côté droit; de temps à autre, cris ou babil insupportable, que les menaces ne suspendent que momentanément, et qui ont troublé le sommeil des autres malades pendant la nuit. (*Saignée de 40 grammes; petit-lait tamar.; limon.* bis; *fomentat. sur l'abdomen; lav. ém.*).

La nuit fut agitée. Le 5, les réponses étaient un peu moins promptes que la veille, la malade paraissait un peu abattue, sa physionomie était naturelle, sa langue humide et sans rougeur; les douleurs de ventre persistaient; il y avait des soupirs fréquents, une tache rose, lenticulaire, sur l'abdomen. — Le caillot n'offrait ni couenne ni retrait, et il était recouvert d'une petite couche de sérosité. (*Vésic. aux jamb.*).

La céphalalgie fut intense, l'état des facultés intellectuelles assez convenable; le délire très bruyant, plus encore qu'à l'ordinaire, pendant la nuit. Le 6, la figure était un peu violacée, il y avait de l'abattement, la malade tenait sa tête appliquée dans l'une des mains, comme dans la céphalalgie la plus intense; elle poussait des cris continuels, qui ne finirent que long-temps après la visite, comme par épuisement; plusieurs taches lenticulaires existaient sur l'abdomen; les autres symptômes comme la veille. (*Limon.; infus. kina; fomentat. arom.; lav. camom. camphré; vésic. à la nuque.*)

Il y eut quelques selles involontaires dans la journée, et un peu moins de délire pendant la nuit. Le 7, la figure était

pâle, comme après une grande perte de sang, la parole presque inintelligible; la malade jouissait, en partie, de son intelligence, rougissait et voulait s'opposer à l'exploration du ventre, qui était parfaitement bien conformé; sa langue était sèche et souvent mal tirée; elle ne buvait que le tiers environ de l'infusion amère, la respiration et la circulation étaient comme à l'ordinaire. (*Frict. av. le vin arom.; pot. avec eau de menthe* 60 *grammes, eau de fl. d'oranger* 60 *grammes, et sulfate de k.* 19 *grammes*).

Jusqu'au 15, jour de la mort, les symptômes devinrent successivement plus graves, le délire et l'assoupissement furent continuels, les cris ne cessèrent pas durant la nuit du 7 au 12; il n'y eut, momentanément, un peu de calme, le 9, que pendant le bain; le cou et le bras gauche étaient très raides, le 11; les membres supérieurs et inférieurs le furent, à peu près sans interruption, du 12 au 15.

La langue, ordinairement sèche, fut jaune et humide le 10; il y eut deux ou trois selles involontaires dans la journée. Le pouls, assez large et à cent, le 8, devint plus accéléré ensuite; et, le 12, on observait une excoriation au sacrum.

Le 15, au matin, la tête était inclinée à gauche, la raideur tétanique universelle, et elle persista jusqu'au moment de la mort, à neuf heures du soir.

Les bains donnés les 8 et 9, n'ayant produit qu'un soulagement momentané, ne furent pas continués.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-CINQ HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Amaigrissement assez considérable : raideur extrême du bras gauche, resté dans la flexion; destruction presque complète de la peau, dans les points où étaient les vésicatoires, et au sacrum, dans la largeur de 6 millimètres

seulement. Muscles non poisseux, d'une belle couleur.

Tête. Quelques granulations nées de l'arachnoïde, près de la faux, en arrière : point d'infiltration sous-arachnoïdienne ; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux, pas la moindre quantité du même liquide dans les fosses occipitales. — Tout le cerveau et le cervelet parfaitement sains, non injectés.

Rachis. Une cuillerée et demie de sérosité au bas du rachis ; moelle épinière dans l'état normal, dans toute sa longueur.

Cou. Le tissu cellulaire qui environne le pharynx, si ce n'est dans une petite portion du côté droit, était infiltré de pus, et cette infiltration, sèche pour ainsi dire, se prolongeait dans la partie supérieure du médiastin antérieur, où l'on ne voyait plus qu'une sérosité trouble. Les muscles du pharynx, au contraire, étaient infiltrés du côté droit seulement, où ils avaient de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. L'épiglotte, le larynx et la trachée-artère étaient dans l'état naturel.

Poitrine. Un caillot fibrineux, médiocrement infiltré, existait dans les ventricules du cœur. Les parois de celui-ci et l'aorte étaient parfaitement saines. — Il n'y avait nul épanchement dans les plèvres. Le poumon gauche était dans l'état normal, à part de faibles traces d'engouement. Des adhérences celluleuses, partielles, unissaient la plèvre et le poumon droit, qui était splénisé, brunâtre, ferme et lourd en arrière, où il contenait un peu de fluide, qu'on en exprimait difficilement.

Abdomen. L'œsophage était sain, l'estomac petit. Sa membrane muqueuse était grisâtre et tachée de rouge, presque uniformément, si ce n'est le long de la petite courbure, dans la largeur de 4 millimètres ; mamelonnée le long de la grande courbure, dans une largeur triple ; d'une épaisseur

et d'une consistance naturelles dans toute son étendue, excepté dans le grand cul-de-sac où cette consistance était augmentée. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus. Sa membrane interne était blanchâtre et grisâtre, dans quelques parties seulement; d'une consistance et d'une épaisseur convenables, si ce n'est dans la longueur de 65 centimètres, en deux points de son étendue, où le tissu cellulaire était infiltré. Dans son dernier cinquième se trouvaient, en assez grand nombre, des plaques elliptiques, un peu plus épaisses seulement que dans l'état naturel, piquées de gris, sans rougeur, offrant de petites ulcérations, solitaires ou réunies, au nombre de trois à quatre sur une même plaque, où la membrane musculaire était à nu. La première de ces plaques qui, contre l'ordinaire, était la plus grande, avait 80 millimètres de longueur, offrait l'ulcération la plus étendue (11 millimètres de diamètre), et les bords de celle-ci étaient décollés dans la largeur de 2 millimètres. — Le rectum contenait une petite quantité de matières fécales pultacées; sa membrane muqueuse était un peu rouge et ramollie, à la partie supérieure, d'une consistance et d'une couleur naturelles dans le reste de son étendue, à part le cœcum, où elle était un peu cassante. — Les glandes mésentériques étaient très rouges, très ramollies, de la grosseur d'une aveline, offraient un grand nombre de points jaunâtres dans le voisinage du cœcum. — Le foie était sain, la bile de la vésicule, roussâtre et très liquide, peu abondante; la rate doublée de volume, d'une bonne consistance. — La substance corticale des reins était plus rouge que d'ordinaire.

La disproportion entre les symptômes et les lésions est assurément considérable, et il ne faut rien moins que la con-

naissance exacte d'un grand nombre de faits pour ranger celui-ci à sa véritable place. Au début, la malade éprouve un mouvement fébrile très prononcé, une céphalalgie intense; au quatrième jour, des douleurs de ventre et du délire pendant la nuit. Ces symptômes continuent. Au huitième jour, le délire et la somnolence sont fort considérables, il y a des cris, une agitation extrême pendant la nuit, et bientôt une raideur tétanique s'ajoute aux premiers accidents : le météorisme et la diarrhée sont peu considérables, n'ont lieu que dans la seconde moitié de l'affection; et, à l'ouverture du cadavre, on trouve, pour toute lésion, ou à très peu près, une infiltration de pus derrière le pharynx, quelques petites ulcérations sur les plaques elliptiques de l'iléum, un ramollissement léger de la membrane muqueuse du rectum, et les traces d'une inflammation assez violente des glandes du mésentère. C'est-à-dire que d'un côté on observe plusieurs des symptômes les plus formidables et les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, et, de l'autre, des lésions fort légères des glandes agminées de l'iléum.

Toutefois, des deux principales altérations, l'infiltration de pus autour du pharynx et les ulcérations de l'intestin grêle, la première était la plus récente, et son état latent suffirait pour prouver qu'elle a débuté au milieu du délire. Mais les ulcérations de l'intestin grêle étaient profondes, reposaient sur la tunique musculaire; les bords de l'une d'elles étaient décollés; les premiers symptômes éprouvés par le malade étaient ceux de l'affection typhoïde, dans les cas où leur relation avec la lésion des plaques elliptiques de l'iléum est évidente; les douleurs de ventre eurent lieu au quatrième jour de la maladie ; de manière que tout indique que l'altération qui nous occupe débuta avec les premiers symptômes.

Sans doute la maladie a suivi la marche que vous indiquez; mais cette disproportion entre les symptômes et les lésions, vous ne l'expliquez pas, dira-t-on. Quand on m'aura expliqué comment des lésions extrêmement graves ne donnent lieu qu'à de légers symptômes, je répondrai à la question inverse, qu'on peut faire dans beaucoup d'affections différentes de celle dont il s'agit. Jusque-là je me bornerai à constater les faits, en tâchant de les mettre à leur véritable place. Il est d'ailleurs très digne de remarque que, malgré la petitesse des ulcérations de l'iléum et le peu de développement de ses plaques, les glandes mésentériques correspondantes étaient aussi rouges, aussi volumineuses et molles que dans les cas où les ulcérations sont très larges, l'inflammation des plaques elliptiques très marquée.

Quant aux causes de la mort, si on les trouve, en partie, dans l'inflammation du tissu cellulaire placé autour du pharynx, il convient surtout de les chercher dans le trouble des fonctions cérébrales, par les raisons indiquées plus haut (p. 171).

XLVIIe OBSERVATION.

Délire, symptômes spasmodiques pendant presque toute la durée de l'affection; diarrhée au quatrième jour, évacuation de sang aux vingt-sixième et vingt-septième, météorisme, *sudamina*; mort au *cinquantième jour*.— Ulcérations dans l'un et l'autre intestin, destruction de la peau dans les points correspondants aux vésicatoires; glandes mésentériques bleuâtres et volumineuses.

Une fille de quinze ans, d'une constitution peu forte, maigre, d'une taille assez élevée, fut conduite à l'hôpital de la Charité le 6 juillet 1823, alors malade depuis huit jours. Très sujette aux convulsions depuis l'âge de cinq ans, elle

avait eu des maladies graves après cette époque, et elle était depuis dix-sept mois à Paris, où elle avait été assez durement traitée, pendant quelque temps. Bien que mangeant et travaillant comme de coutume, dans les quinze jours qui précédèrent le développement des premiers symptômes fébriles, elle éprouvait, alors, par intervalles, des mouvements spasmodiques dans les bras. Elle avait eu au début, après avoir été vivement réprimandée, la veille, par son père, des frissons, des mouvements convulsifs du côté droit du corps, et du délire pendant la nuit. Ces symptômes, avec des rémissions ou des intermittences plus ou moins considérables, avaient continué ; la chaleur et la soif avaient été très marquées, la diarrhée avait eu lieu au quatrième jour ; et la nuit du sixième au septième avait été très agitée.

Le 7 : figure pâle, alternativement souffrante, ennuyée ou distraite ; soubresauts dans les tendons, mouvements variés de la tête à droite et à gauche ; la malade ignore où elle est, semble y penser quand on le lui demande, puis en reste là. Elle parle assez souvent de son père et de sa maîtresse. Comme elle ne répond pas aux questions relatives à l'état de la soif, on essaie de la faire boire, on approche un vase de ses lèvres, on verse de la tisane dans sa bouche, sans qu'elle s'y oppose ; mais elle ne fait aucun effort de déglutition, et le liquide sort ; sa langue est naturelle, son ventre légèrement météorisé, sensible à la pression, l'urine fréquente, la respiration inégale, suspirieuse, non accélérée, la chaleur médiocrement élevée, le pouls à cent seize. (*Émuls.; lav. de lin* bis ; *bain ; sinap. aux memb. inf.*)

Il y eut deux selles dans la journée et beaucoup d'agitation pendant la nuit. Le 8, les mouvements spasmodiques et l'intelligence étaient dans le même état que la veille, le père de la malade était auprès d'elle et en obtenait, avec peine,

quelques monosyllabes ; sa langue offrait une légère ulcération à gauche, était, d'ailleurs, dans l'état naturel; elle essayait en vain de boire, disait en être empêchée par des douleurs de gorge, et les amygdales et le pharynx étaient dans l'état naturel ; le ventre était un peu douloureux, le pouls à cent treize, la chaleur élevée, brûlante même. (*Lav. de camom. avec assa-fœtida* 15 *décigrammes; pot. gom. av. musc.* 5 *décigr.*)

Le délire et l'agitation du poignet droit continuèrent le jour et la nuit; on fut même obligé de maintenir la malade au moyen d'un drap placé transversalement et assujetti des deux côtés du lit. Le 9, la figure était alternativement rouge et pâle, le délire persistait ; la malade, qui s'était beaucoup entretenue de religion, la veille, en parlait encore, demandait si elle n'aurait pas commis quelque crime, et, parfois, elle se mettait sans motif à son séant. Elle avait eu deux selles à la suite de lavements. (*Id.*; *bain* bis.)

Le délire resta le même tout le jour ; le lendemain, la figure offrait l'image d'un profond accablement et d'une tristesse non moins profonde ; les yeux avaient quelquefois une expression tendre, les soupirs étaient fréquents : nul autre changement.

Dès lors jusqu'au jour de la mort, le 14 août, pendant l'espace d'un mois, voici ce qui eut lieu :

Le délire persista, si ce n'est les 16 et 17 juillet, et il fut souvent accompagné de cris pendant la nuit, dans les vingt derniers jours. Interrogée sur son état, la malade disait, ordinairement, souffrir un peu moins que la veille, et, après en avoir obtenu quelques réponses, elle demandait, si l'interrogatoire se prolongeait, du temps pour pouvoir répondre ; semblait, comme à son arrivée, chercher cette réponse, e t cessai promptement de s'en occuper. Elle eut des mouvements con-

vulsifs accompagnés de perte de connaissance, dans la nuit du 14 au 15 juillet, comme elle en avait déjà eu le 10, au milieu du bain, au moment où une de ses parentes la quittait. Sa figure eut presque constamment l'empreinte d'une profonde tristesse; ses traits étaient écoulés, le 9 août. Les mouvements spasmodiques du poignet droit ne persistèrent pas au-delà du 12 juillet, le bras du même côté était raide les 13 et 14 ; il fut momentanément paralysé, le 17 ; et du 19 au 27 le bras gauche fut presque toujours spasmodiquement contracté. Il y eut, à partir du 19, un écoulement puriforme par l'oreille gauche, qui persista jusque dans les derniers jours.

La langue fut toujours humide, naturelle au pourtour, rarement jaunâtre au centre, et il y eut une sorte de salivation du 18 juillet au 2 août. La soif fut très médiocre, la déglutition rarement gênée, l'épigastre et le reste de l'abdomen furent sensibles à la pression, du 12 au 22 juillet; il y eut des coliques du 18 au 22, quatre selles pultacées, couleur chocolat, ce dernier jour, et cinq le lendemain, presque entièrement composées de caillots de sang, lesquels furent évalués à plus de 300 grammes. La diarrhée fut peu considérable dans la suite, et il y eut, par intervalles, des selles moulées. L'altération des traits était profonde du 22 au 27 juillet.

Ordinairement petit et faible, le pouls fut constamment régulier, de cent dix à cent vingt-quatre, du 14 juillet au 6 août. — Le 27 juillet, j'observai de nombreux *sudamina* au tronc et aux membres. — Il n'y eut de toux à aucune époque, et la respiration cessa promptement d'être suspirieuse.

On prescrivit des bains jusqu'au 19 juillet, on mit quatre sangsues à la vulve, le 12 ; on donna, le 16, 30 grammes d'huile de ricin, dans la crainte que quelques-uns des accidents spasmodiques ne fussent en partie, causés par des vers ;

et ce purgatif procura quatre évacuations, sans vers. Les demi-lavememts de lin et les boissons adoucissantes furent continués; on donna un peu de bouillon coupé, à partir du 25 juillet, et, dans les dix derniers jours, une solution de sirop de gomme avec un cinquième ou un quart de vin. — Un vésicatoire fut appliqué le 22 juillet; on ne continua l'usage de l'assa-fœtida que jusqu'au 11.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-DEUX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Dernier degré de marasme. Destruction de la peau sur laquelle avait été appliqué le vésicatoire de la cuisse gauche; amincissement considérable de celle du côté opposé, dans le point correspondant.

Tête. Injection de la pie-mère de la partie supérieure du cerveau, du côté droit; infiltration sous-arachnoïdienne partielle et légère; une petite cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux; substance cérébrale un peu plus ferme que de coutume, à droite surtout. Le cervelet et la protubérance annulaire proportionnément aussi fermes que le cerveau.

Cou. Le larynx, l'épiglotte et la trachée-artère parfaitement sains.

Poitrine. Parois du ventricule gauche du cœur épaisses de 13 millimètres au moins, d'ailleurs dans l'état naturel. Aorte blanche et contenant une petite quantité de sang. — Poumons libres, légers, sans le moindre engouement, roses extérieurement et intérieurement; divisés en lobules pyramidaux, dont le sommet était tourné en dedans et la base en dehors. Celle-ci avait environ 3 centimètres de surface, était séparée des bases voisines par un emphysème de la largeur d'un millimètre, qui diminuait en approchant du sommet de la pyramide où il finissait.

Abdomen. L'œsophage était sain. — L'estomac était légèrement distendu par des gaz ; sa membrane muqueuse, généralement grisâtre, rugueuse et inégale, sans être mamelonnée, d'une épaisseur et d'une consistance convenables. — L'intestin grêle contenait un liquide jaune clair dans sa première moitié, trouble et brunâtre dans la seconde ; et il offrait, dans ses deux derniers tiers, un grand nombre de plaques elliptiques, d'autant plus pointillées de gris qu'on s'approchait davantage du cœcum, près duquel cinq d'entre elles avaient une couleur gris bleu foncé, étaient ulcérées dans plusieurs points. Les ulcérations, larges de 4 millimètres environ, offraient la tunique musculaire à nu, et leur pourtour, plus ou moins saillant dans quelques points, était affaissé dans d'autres ; ce qui annonçait une tendance à la cicatrisation. La membrane muqueuse de l'iléum était ramollie dans toute son étendue. — Le gros intestin avait un médiocre volume et une teinte grise à l'intérieur, qui s'affaiblissait du cœcum à l'anus. Des ulcérations transversales, de 30 à 100 millimètres de surface, existaient dans le cœcum ; la membrane muqueuse était un peu saillante à leur pourtour, et une lame mince de tissu cellulaire en formait le fond. On en trouvait d'autres bien moins considérables dans le colon droit, dans l'S du gauche ; il y en avait deux dans le rectum, à 50 millimètres de l'anus, de 8 à 10 millimètres de diamètre. La muqueuse était ramollie dans toute la longueur de l'organe, n'avait que la consistance du mucus dans sa seconde moitié, était d'un rouge vif dans le rectum, blanche ailleurs, et grisâtre au pourtour des ulcérations, dans la largeur de 4 à 6 millimètres. — Les glandes mésentériques avaient une couleur bleuâtre, un volume triple au moins de celui qui leur est naturel. Les mésocolites étaient d'une couleur ana-

logue, et du volume d'un pois de moyenne grosseur. — Le foie avait une teinte rose fauve, était d'ailleurs sain. La vésicule le dépassait de 50 millimètres, et elle contenait une grande quantité de bile médiocrement épaisse, verdâtre et trouble. — La rate était dans l'état naturel. — Les autres viscères étaient sains.

Si les accidents nerveux étaient prononcés, si l'altération des plaques elliptiques de l'iléum était peu considérable, dans la précédente observation, il en était de même dans celle-ci, où les symptômes nerveux dominaient tous les autres, au point de les masquer pour ainsi dire; en sorte qu'on pouvait, au premier abord, ne pas les distinguer nettement, ou se demander s'ils avaient la même cause que dans les autres cas d'affection typhoïde: questions auxquelles il est facile de répondre affirmativement, par l'examen des faits indiqués.

En effet, après avoir éprouvé, pendant quinze jours, quelques mouvements spasmodiques, sans autre altération appréciable des fonctions, la malade est prise de frissons, de délire; les mouvements spasmodiques sont plus marqués; le délire, dont la forme et l'objet présentent quelques variétés, dure presque sans interruption jusqu'à la mort, ou pendant cinquante jours, est ordinairement calme, quelquefois accompagné de cris; les mouvements spasmodiques du côté droit, qui ont débuté avec le délire, l'accompagnent, puis on en observe à gauche. Au quatrième jour de l'affection, la diarrhée survient; au huitième, le ventre est douloureux et météorisé; aux vingt-sixième et vingt-septième, les selles sont brunes, couleur chocolat, ou composées de caillots de sang: de nombreux *sudamina* se manifestent à peu près dans le même temps; et à l'ouverture du cadavre on trouve

la peau correspondante à l'un des vésicatoires entièrement détruite, la substance cérébrale un peu plus ferme qu'à l'ordinaire, à droite surtout; plusieurs plaques elliptiques de l'iléum d'un gris bleuâtre, ulcérées; le pourtour des ulcérations affaissé dans plusieurs points, la muqueuse de l'intestin grêle ramollie dans une étendue considérable, celle du gros intestin dans toute sa longueur, et offrant beaucoup d'ulcérations.

Ainsi, plusieurs des symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, le météorisme, les selles brunes ou composées de caillots de sang, les *sudamina*, la destruction de la peau, dans les points correspondants aux vésicatoires, avaient eu lieu; reste à montrer qu'ils étaient liés aux mêmes altérations que dans les cas les plus ordinaires.

Les lésions les plus graves, les seules faciles à apprécier, étant celles du canal intestinal, à elles seules doivent être attribués les symptômes qui viennent d'être rappelés; et les altérations de l'iléum étant les plus anciennes, c'est à l'intestin grêle qu'il faut, en grande partie, rapporter les premiers accidents. Les altérations de l'iléum étaient les plus anciennes, au moins suivant toutes les apparences; car les dernières plaques elliptiques de l'iléum étaient grisâtres et bleuâtres, peu épaisses, offraient le caractère de celles qui, ayant été plus ou moins vivement enflammées à une certaine époque, ont rétrogradé pendant quelque temps vers l'état naturel; ce qu'attestait plus clairement encore la tendance des ulcères à la cicatrisation : et l'on ne pouvait rien conclure de semblable des lésions du gros intestin.

Ces considérations montrent aussi que la disproportion entre les symptômes et les lésions était beaucoup moins considérable, en réalité, qu'elle ne semblait l'être au premier coup d'œil; puisque ces lésions, celles des plaques el-

liptiques et des glandes du mésentère, avaient été bien plus graves à une époque de l'affection qu'au moment de la mort du sujet.

On peut se demander, maintenant, si les symptômes cérébraux n'avaient pas ici une cause particulière, s'ils n'étaient pas dus à l'inégalité de constance de la masse encéphalique. L'affirmative serait difficile à soutenir. Car si les spasmes ou les mouvements convulsifs eussent été la suite de cette inégalité de consistance, ils auraient eu lieu du côté opposé à celui où la consistance était le plus marquée, ce qui n'était pas, au moins dans les premiers temps. D'ailleurs, ces symptômes ne différaient pas essentiellement de ceux qui ont eu lieu dans d'autres cas, et en particulier dans l'observation précédente, où l'inégalité de consistance qui nous occupe n'existait pas: on ignore, jusqu'ici, l'expression symptomatique d'une semblable lésion; de manière que lui assigner une certaine série d'accidents, serait conclure là où l'on ne peut, ce me semble, qu'avoir des doutes.

En résumé, l'affection du sujet qui nous occupe avait, au plus haut degré, la forme *ataxique*; les lésions observées dans l'iléum étaient les mêmes que dans les cas d'affection typhoïde les plus ordinaires et les plus éloignées de cette forme; en sorte que cette observation est une nouvelle preuve que la maladie appelée fièvre ataxique ne diffère pas essentiellement des autres maladies de la même classe, de la fièvre putride en particulier.

On se fera peut-être encore une autre question. Quelques symptômes spasmodiques eurent lieu avant le début de la fièvre; à quelle cause les rapporter? A supposer que ces spasmes, dont je n'ai eu connaissance que par les parents de la malade, aient eu réellement lieu, on pourrait les attribuer à l'altération des plaques elliptiques de l'iléum, qui aurait

été latente pendant un certain temps. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la malade était d'une sensibilité très vive, et qu'on ne doit pas attacher à quelques symptômes spasmodiques, dans de semblables conditions, une importance aussi grande que dans toute autre circonstance.

Passons à une autre observation qui n'offre pas moins d'intérêt que les précédentes.

XLVIIIe OBSERVATION.

Céphalalgie, malaise universel, frissons répétés après le repas, pendant huit jours; diarrhée au troisième, puis anorexie complète; chaleur vive, et bientôt météorisme, assoupissement, mort au *trente-neuvième jour*. — Plaques elliptiques de l'iléum un peu épaissies, d'un bleu foncé, sans ulcérations près du cœcum ; glandes mésentériques correspondantes bleuâtres et volumineuses ; eschares au sacrum, hépatisation partielle de l'un des poumons, etc.

Un tailleur, âgé de vingt-un ans, à Paris depuis dix-sept mois, d'un médiocre embonpoint, chairs molles, ordinairement bien portant, était malade depuis quinze jours et alité depuis quatre, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 30 décembre 1822. Dans la première semaine, malaise universel, céphalalgie, douleurs dans les membres, anorexie incomplète, frissons répétés après le repas, un peu de toux, diarrhée au troisième jour; puis exaspération de presque tous les symptômes, diminution progressive des forces, chaleur vive et sèche, céphalalgie intense, insomnie, rêves fréquents, anorexie presque complète.

Le 31, après une nuit calme et sans rêves : céphalalgie peu considérable, physionomie assez naturelle, langue peu humide, d'un rouge médiocre au pourtour, soif vive, sécheresse au gosier, déglutition un peu gênée depuis la veille, ventre souple, indolent, non météorisé, quatre selles li-

quides ; pouls légèrement accéléré, sans largeur ni plénitude; chaleur élevée, taches roses, lenticulaires, nombreuses, à la poitrine et à l'abdomen, sans saillie évidente, plus nombreuses encore aux bras, où plusieurs d'entre elles sont confluentes et forment quelques petites plaques d'un rouge vif; respiration peu accélérée, toux nulle ; mouvements faciles, aucune plainte. (*Limon. ; lav. lin*; *trois bouillons* .)

Le lendemain, 1er janvier : stupeur légère, tendance au sommeil ; ventre un peu douloureux à droite de l'ombilic, pouls très accéléré, chaleur forte, taches roses, lenticulaires, encore plus nombreuses que la veille ; un peu de toux, deux crachats couleur acajou ; râle sonore, universel, peu considérable ; percussion claire (*Saignée de* 300 *grammes ; vésic.aux cuisses*).

Il y eut quatre selles et rien autre chose de remarquable, dans la journée. Le 2 : intelligence convenable, langue comme le premier jour, nouvelle éruption de taches, quelques crachats muqueux (*Limon.* quater ; *pot. gom.*).

Le 3 : affaissement des traits, malaise universel, somnolence, et le malade y retombe dès qu'on cesse de l'interroger ; yeux roses, indolents ; taches un peu moins nombreuses, pouls vif, à cent ; râle sec et sonore, universel ; langue sèche et un peu tremblante.

Aucun changement appréciable, le 4. Le 5 : stupeur, figure décolorée, oreille dure pour la première fois, réponses lentes et incomplètes ; langue sèche et brunâtre, soif vive, ventre mou et indolent, une selle ; pouls régulier et un peu petit, à cent ; taches lenticulaires, plus ou moins saillantes, aussi rapprochées au bras qu'au tronc ; respiration médiocrement accélérée (*Limon.; inf. de kk; pot. av. sir. de kk.*, 30 *gram.; une tasse de vin ; foment. arom.*)

Du 6 au 14, la figure fut ordinairement pâle, l'oreille pres-

que toujours fine, la somnolence et la stupeur médiocres ; il n'y eut pas de délire, et la faiblesse, bien que considérable, n'empêchait pas le malade de descendre du lit. La langue, habituellement sèche, fut quelquefois humide, gluante et encroûtée, le ventre légèrement météorisé, indolent, les selles peu nombreuses, sinon du 10 au 13, qu'elles se répétèrent de huit à douze fois dans la journée. Le pouls conserva les caractères indiqués jusqu'au 14, qu'il devint petit et fréquent. Le même jour, au râle sec et sonore se joignit un peu de crépitation du côté droit. — La prescription du 5 fut continuée ; on y ajouta seulement des vésicatoires aux cuisses, le 7, ceux des jambes étant à peu près secs.

Le 15 : somnolence un peu moindre, amélioration apparente ; le malade se trouve mieux, sa figure est presque naturelle.

Dans la nuit du 16 au 17, plaintes assez vives. Le 17 : réponses justes, langue molle, peu humide, ventre météorisé, indolent, trois selles ; pouls médiocrement accéléré, assez souple, chaleur douce, sans sueur ; crachats verts, opaques, assez nombreux ; râle sonore dans la moitié inférieure du côté gauche de la poitrine, râle varié, sec, sonore, sifflant, muqueux à droite : quelquefois même espèce de glou-glou ; eschare au sacrum.

Jusqu'au 23, jour de la mort, l'état de l'intelligence fut toujours le même. Le 22, le malade, aidé d'un infirmier, pouvait encore descendre du lit ; sa langue était fort humide, son ventre indolent ; il avait eu de nombreuses évacuations alvines, la veille. — Les crachats furent plus ou moins nombreux, opaques et verdâtres ; on entendait un râle crépitant, assez humide, quelquefois une sorte de gargouillement, le 20, à la partie antérieure de la poitrine ; la crépi-

tation était presque universelle en arrière, et la poitrine sonore, le 21. Le 23, à l'heure de la visite, la dyspnée était extrême, la parole presque inintelligible. La mort eut lieu à dix heures du soir.

Un vésicatoire avait été appliqué à la poitrine, le 21.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-QUATRE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Peau correspondante au vésicatoire de la poitrine, d'un rose assez vif, sans épaississement : celle des vésicatoires des membres inférieurs un peu amincie.

Tête. Point d'infiltration sous-arachnoïdienne : une cuillerée de sérosité dans chacun des ventricules latéraux. Cerveau ferme, très peu injecté.

Cou. Larynx dans l'état naturel ; trachée-artère rouge, à sa partie inférieure surtout.

Poitrine. Cœur sain, contenant beaucoup de sang caillé. Quelques adhérences celluleuses entre le poumon gauche et la plèvre correspondante. Le sommet de ce poumon et une grande partie du lobe inférieur droit étaient hépatisés, d'un rouge pâle ; le reste de ces organes, engoué ou sain.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel.—La membrane muqueuse de l'estomac était enduite d'un mucus visqueux dans une partie de son étendue, légèrement mamelonnée, d'un rose clair généralement, d'une teinte plus obscure près du pylore : elle était très ramollie dans le grand cul-de-sac, où l'on ne pouvait en avoir des lambeaux par traction, puis successivement plus consistante, de manière à avoir sa fermeté naturelle, dans la région pylorique.—La portion pylori-valvulaire du duodénum était un peu rouge, d'ailleurs saine. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle avait une épaisseur et une consistance convenables dans toute son étendue, même entre les plaques elliptiques

de l'iléum. Ces plaques, au nombre de vingt, dans les 13 derniers décimètres de l'intestin, étaient placées à l'opposite du mésentère, d'un bleu plus ou moins foncé, d'autant plus rapprochées, plus larges, d'une couleur plus intense, qu'elles étaient plus voisines de la valvule iléo-cœcale, et elles avaient de 55 à 70 millimètres dans leur grand diamètre. Celles qui étaient le plus éloignées de la valvule offraient, à leur surface, une foule de petites aréoles (orifices de cryptes) blanchâtres, de près d'un millimètre de large, environnées d'un cercle bleuâtre. Le tissu cellulaire correspondant à ces plaques en avait la couleur, était aussi épais que la muqueuse subjacente, de manière que la plaque avait deux fois plus d'épaisseur, ou environ, que dans l'état naturel. — Le gros intestin était rétréci au point d'admettre avec peine l'entérotome ; sa membrane muqueuse avait une couleur rose tendre, si ce n'est dans le rectum où elle était grisâtre ; et elle était un peu ramollie dans toute sa longueur. — Les glandes mésentériques correspondantes aux plaques bleuâtres offraient la même couleur, et avaient le volume d'une noisette. — Le foie était sain, la bile de la vésicule rousse et bien liquide. — La rate, à peine un peu plus volumineuse que dans l'état sain, avait une consistance et une couleur convenables.

Ce cas est certainement du petit nombre de ceux qui ont pu faire croire, jusque dans les derniers temps, à des hommes attentifs et impartiaux, à l'essentialité des fièvres. Au premier coup d'œil, en effet, l'intestin grêle paraît sain, on observe seulement, près du cœcum, quelques taches bleuâtres; et si l'on n'a pas suivi les diverses transformations des plaques elliptiques de l'iléum, dans le cours de l'affection typhoïde, on peut négliger une lésion qui paraît n'être qu'une simple altération de couleur. Mais, ces diverses transforma-

tions une fois connues, il ne peut en être ainsi, et on ne saurait douter que les symptômes observés dans le cas actuel ne soient liés, comme dans les autres, à une altération particulière des plaques elliptiques de l'iléum. Sauf les ulcérations qui n'existaient pas, ces plaques avaient, effectivement, les mêmes caractères que chez d'autres sujets dont l'affection s'est prolongée un temps plus ou moins considérable; elles avaient, comme chez eux, une couleur bleuâtre, dont l'intensité était plus grande près du cœcum que partout ailleurs; plus d'épaisseur que dans l'état normal, et beaucoup moins qu'elles n'en ont ordinairement quand elles sont rouges, chez des sujets qui succombent dans la période aiguë. Le tissu cellulaire des plaques altérées avait aussi une couleur bleuâtre et un excès d'épaisseur; il en était de même des glandes mésentériques correspondantes: en sorte que, si les plaques eussent été ulcérées, la relation des symptômes aux lésions n'eût pas été mise en doute. Mais les ulcérations ne changent pas la nature de l'altération qui nous occupe; elles n'en sont qu'une des suites, une des périodes, un des degrés; elles n'augmentent probablement pas l'intensité du mouvement fébrile, comme on a pu s'en convaincre dans le chapitre précédent; leur absence, sous le rapport diagnostic, n'est donc ici d'aucune valeur, et il faut admettre que l'épaississement et la couleur bleue des plaques de l'iléum supposent une altération antérieure plus profonde, un épaississement, un ramollissement, une couleur rouge plus ou moins marqués; qu'ainsi les symptômes très graves d'affection typhoïde, offerts par le sujet qui nous occupe, n'eurent pas d'autre cause, furent liés aux mêmes altérations que chez les sujets observés jusqu'ici.

Rien de plus instructif, d'ailleurs, que cette observation;

aucun raisonnement, aucune considération ne pouvant montrer aussi clairement toute l'attention qu'il convient d'apporter dans l'examen des organes, et combien les circonstances les moins importantes, en apparence, peuvent être décisives.

L'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac ne fut indiquée par aucun symptôme ; ce qu'on ne peut expliquer que par l'époque tardive à laquelle elle se sera probablement développée, quand l'assoupissement était déjà plus ou moins considérable. L'inflammation du parenchyme pulmonaire, annoncée par la crépitation, fut peut-être plus tardive encore, et elle doit être regardée, avec celle de la muqueuse gastrique, comme la cause, sinon unique, au moins principale de la mort du sujet.

L'observation suivante tient, en quelque sorte, le milieu entre les trois dernières et celles du chapitre précédent ; ou plutôt elle forme un lien naturel entre les unes et les autres, les symptômes et la lésion étant à la fois peu prononcés, le diagnostic obscur au premier coup d'œil.

XLIXe OBSERVATION.

Chaleur, soif, douleur au-dessous du larynx, toux, diminution de l'appétit au début, diarrhée au troisième jour ; au sixième, rougeur au voile du palais et au pharynx, pouls extrêmement irrégulier et fréquent ; puis délire momentané, léger météorisme, convalescence apparente, enfin délire plus prolongé; mort au *trente-sixième jour*.— Plaques de l'iléum saillantes, gris orangé, légèrement ulcérées ; glandes mésentériques correspondantes rouges et volumineuses ; quelques ulcérations gastriques, ramollissement élastique d'un des corps striés.

Un monteur en cuivre, âgé de vingt ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 3 janvier 1823. Convalescent, de-

puis quinze jours, d'un rhumatisme articulaire, il s'était bien porté dans la semaine qui avait suivi sa sortie de l'hôpital, sans néanmoins recouvrer ses forces, et il était de nouveau malade depuis huit jours. Au début : douleur, chaleur incommode au-dessous dn larynx, toux, crachats clairs, anorexie, soif, chaleur générale sans frissons. Les douleurs continuèrent, en augmentant, les cinq premiers jours ; elles diminuèrent ensuite ; les autres symptômes furent stationnaires, les sueurs presque continuelles ; il y eut de la diarrhée dès le troisième jour, et aucun autre symptôme. — Le malade ne se mit pas au lit ; il prit des bouillons et de la soupe pour toute nourriture ; il ne fit usage d'aucun remède vulgaire.

Le 4 : figure un peu pâle, naturelle d'ailleurs ; sens et intelligence intègres ; ni céphalalgie, ni douleurs dans les membres ; insomnie ou rêves continuels pendant la nuit ; langue naturelle au pourtour, blanchâtre au centre, anorexie, soif vive, bouche et arrière-bouche dans l'état naturel ; chaleur et sécheresse incommodes, intérieurement, du cartilage thyroïde au sternum, augmentant par la déglutition ; voix naturelle ; ventre souple et indolent, trois selles la veille ; toux assez fréquente, la nuit principalement ; crachats clairs, bruit respiratoire pur ; chaleur médiocre, sueur nocturne ; pouls libre, régulier, à cent quatorze, sans dureté. Le malade ne se plaint que de sa douleur de cou, et a une attitude convenable (*Garg. ad.* ; *orge miellée* ; *six sangs. de chaque côté du cou ; pédil. sinap.*, bis.)

Le 5 : rougeur, sans gonflement, au voile du palais et au pharynx ; mêmes douleurs que la veille ; léger râle sonore ; pouls extrêmement irrégulier, avant comme après la saignée prescrite lors de la visite, alternativement fort et faible, quelquefois imperceptible ; battements du cœur extrê-

mement faibles, souvent difficiles à entendre (*Saignée de* 360 *gramm.*; *orge miel.*, ter).

Le 6 : le sang de la saignée n'offrait ni retrait ni couenne, l'état du malade n'avait pas changé d'une manière sensible, les caractères du pouls étaient les mêmes, on entendait un léger bruit de soufflet à chaque battement de cœur, les crachats étaient un peu striés de sang.

Le lendemain, le pouls était un peu moins irrégulier, à cent vingt-cinq, la respiration à quarante, les crachats étaient demi-transparents, couverts d'une lame de sang, pour la plupart; la douleur du cou persistait.

Dans la journée du 8, la figure devint pâle, la physionomie parut altérée. Il y eut un peu de délire, la nuit suivante, et, le 9 au matin, les réponses étaient justes, le malade ne se plaignait, comme à l'ordinaire, que de sa douleur de cou, qui, pour la première fois, augmentait par la pression. Le pouls était toujours le même, il n'y avait de selles que par lavement.

Dès lors, jusqu'au 31, quatre jours avant le terme fatal, il n'y eut que de légères variations dans les symptômes; la sécheresse de la gorge et les douleurs de cou persistèrent, et le malade ne se plaignit de rien autre chose. Du 11 au 17, on vit sur le pharynx une couche de sang caillé qui disparut graduellement, et, le 26, cet organe était dans l'état normal. La couleur de la langue fut naturelle, le ventre un peu météorisé, le 16 seulement; les selles furent rares. — La chaleur fut médiocre, quelquefois halitueuse, ou mêlée de frissons, et, du 16 au 22, le pouls battit de quatre-vingt-seize à quatre-vingt-huit fois par minute. — Les crachats furent rares, quelquefois tachés de sang, la toux peu fréquente. — Le délire eut encore lieu pendant les nuits du 9 au 12; le malade ne s'occupa de sa santé à aucune époque, et il y sem-

blait aussi étranger que s'il se fût agi de la santé d'un autre.

On lui donna, du 20 au 30, quelques crêmes de riz, et même un peu de volaille dans les derniers jours.

Il y eut un léger délire dans la nuit du 30 au 31. Le 31, la figure était encore plus pâle qu'à l'ordinaire, les traits étaient écoulés, avec une expression d'égarement, la langue pâle, un peu aride et légèrement villeuse au centre, la soif médiocre, l'épigastre un peu sensible à la pression, le ventre plat, toujours indolent : il y avait du râle muqueux à gauche.

Dans la soirée et dans la nuit du 31, le délire fut tranquille. Le 1er février, à l'heure de la visite, l'état de la physionomie était le même; le malade ne se plaignait de rien, sinon d'un peu de douleur à la hanche droite, qui était rouge. Bien que très faible, il se mettait encore assez rapidement sur son séant ; ses pupilles, exposées à une vive lumière, restaient larges, l'épigastre était indolent, le pouls régulier, assez développé, à quatre-vingt-douze, la langue pâle et médiocrement humide (*Vésic. aux mollets ; glace sur la tête*).

Le malade garda la glace de midi à quatre heures, sans se plaindre : il eut du délire et quitta son lit dans la soirée. Le 2, au matin, il répondait convenablement aux questions, ne se plaignait de rien, même après qu'on lui eut appliqué de nouveau de la glace sur la tête; son pouls était assez large , quelquefois irrégulier, à quatre-vingt-cinq.

Il mourut le lendemain, à trois heures du matin, sans avoir dit une seule parole.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-NEUF HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Marasme avancé, rien autre chose de remarquable.

Tête. Point d'infiltration sous-arachnoïdienne. Cerveau très médiocrement consistant, peu injecté ; le corps strié du côté droit cédait à la pression, comme une pâte un peu élastique, en quelque sorte ; et il en était de même de la protubérance annulaire.

Cou. Le pharynx, l'œsophage, le larynx et la trachée-artère étaient sains dans toute leur longueur.

Thorax. Le péricarde était dans l'état naturel. Le ventricule gauche du cœur était un peu plus ferme que d'ordinaire ; des concrétions succiniformes existaient dans les deux ordres de cavités. — L'aorte était blanche à l'intérieur. — Les poumons étaient libres et sains ; la muqueuse bronchique, d'un rouge vif, à gauche principalement, où elle était enduite, jusque dans ses dernières ramifications, d'un mucus puriforme. — Il n'y avait pas d'épanchement dans la cavité des plèvres.

Abdomen. L'estomac était un peu augmenté de volume. Sa membrane muqueuse était d'un rouge vif, dans son extrémité supérieure, beaucoup moins dans le voisinage du pylore ; elle offrait, dans la largeur 50 millimètres, près de cet orifice, plusieurs ulcérations partielles, de 12 à 20 millimètres de surface : ailleurs, elle avait une épaisseur convenable, et elle n'était ramollie que dans le grand cul-de-sac. — Le duodénum était dans l'état normal. — L'intestin grêle contenait une médiocre quantité de mucus coloré en jaune-orange, dans quelques points où la muqueuse était plus ou moins rouge ; et l'on voyait, dans ses 6 derniers décimètres, douze plaques elliptiques, placées à l'opposite du mésentère, plus ou moins saillantes, d'un gris-orangé, de 50 millimètres ou environ de longueur, offrant, chacune à son centre, une ulcération de 4 à 6 millimètres de diamètre, au fond de laquelle se trouvaient à nu

les fibres musculaires un peu épaissies. Sa membrane muqueuse était plus ou moins ramollie, dans leur intervalle, où se trouvaient aussi un assez grand nombre de cryptes miliaires, jaunâtres. — Les glandes mésentériques, correspondantes aux ulcérations, étaient un peu rouges et augmentées de volume. — La membrane muqueuse du gros intestin avait une épaisseur convenable, était un peu ramollie dans toute son étendue, d'un rouge obscur dans une petite partie du colon droit, d'un rouge vif dans le rectum, jusqu'à 50 millimètres de l'anus; et elle offrait des taches de même couleur, assez nombreuses, entre ses deux extrémités. — Les glandes mésocolites étaient un peu rouges et volumineuses. — Le foie était d'un rouge foncé, plus consistant que dans l'état ordinaire. La bile était médiocrement épaisse, d'une couleur assez claire. — La rate était ferme, d'un rouge obscur, peu augmentée de volume. — La membrane muqueuse de la vessie était saine, l'urine comme jumenteuse. — Les autres viscères étaient dans l'état naturel.

Les lésions propres à l'affection typhoïde étaient, comme on le voit, peu prononcées; les symptômes eux-mêmes avaient, dans leur ensemble, une physionomie fort différente de celle qui leur est ordinaire; et, bien qu'ils indiquassent plutôt une affection typhoïde que toute autre maladie, on ne pouvait les rapporter à leur véritable cause, qu'à l'aide d'une analyse sévère. En effet, le malade éprouve au début un mouvement fébrile assez prononcé, des douleurs au cou, qui persistent pendant toute la durée de l'affection; il a, au troisième jour, un peu de diarrhée, qui continue long-temps au même degré, puis s'arrête; un peu on observe, momentanément, un léger météo-

risme, du délire pendant quatre jours ; le pouls est très accéléré, très inégal pendant quelque temps ; après une amélioration apparente de plus d'une semaine, pendant laquelle le malade commence à prendre quelque nourriture, des symptômes graves se manifestent, la physionomie est altérée, l'épigastre est sensible à la pression, le délire reparaît : au quatrième jour de ce nouvel état le sujet meurt, et l'on trouve, entre autres choses, à l'ouverture de son corps, un état évidemment inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac, et une altération des dernières plaques elliptiques de l'iléum, semblable à celle qui eut lieu dans les précédentes observations. Si aux symptômes indiqués on ajoute l'indifférence presque stupide du malade pendant toute la durée de l'affection, on conviendra qu'ils ne pouvaient réellement faire soupçonner qu'une maladie semblable à celle qui fait le sujet spécial de ces recherches, bien que quelques accidents, comme l'irrégularité du pouls, aient dû obscurcir le diagnostic pendant un certain temps : et ces symptômes représentaient assez bien, dans leur ensemble, il faut en convenir, ce qu'on appelait *fièvre lente nerveuse*.

La présence de quelques symptômes, dont je ne me suis pas occupé (*sudamina*, taches roses lenticulaires), aurait rendu le diagnostic plus facile ; mais ceux qui ont été observés suffisaient, ce me semble, pour arriver à la connaissance du véritable caractère de l'affection, ou du moins pour arrêter, les soupçons, sur l'altération spécifique de l'intestin grêle exclusivement.

Il y avait, effectivement, une relation évidente entre les symptômes et les lésions, et les uns et les autres indiquent que les plaques elliptiques de l'iléum avaient été primitivement affectées. La diarrhée eut lieu au troisième jour de

l'affection, les lésions de la membrane muqueuse du gros intestin étaient légères, et, suivant toutes les probabilités, très récentes : bien que de peu d'étendue, les ulcérations des plaques elliptiques étaient profondes ; le très médiocre épaississement de ces plaques, uni à leur coloration grisâtre et jaunâtre, indique une lésion ancienne qui avait rétrogradé : on ne peut donc rapporter la diarrhée qu'à leur altération.

Quant à la membrane muqueuse de l'estomac, ses lésions étaient récentes et ne pouvaient avoir eu de part au développement des premiers symptômes. Cela est évident pour le ramollissement rouge de la moitié supérieure de cette membrane : le peu de profondeur de ses ulcérations ne permet pas de les faire remonter à une époque fort éloignée ; et les symptômes confirment cette manière de voir, puisque, avant l'espèce de rechute du malade, il n'y eut ni nausées, ni douleurs à l'épigastre, ni vomissements.

Mais l'état du cerveau, dont j'ai fait abstraction jusqu'ici, n'était-il donc pour rien dans la production de quelques-uns des symptômes nerveux observés, le délire, les soubresauts des tendons, bien que passagers, et la profonde indifférence de l'individu ? Je crois qu'il n'est possible de répondre ni oui ni non, à ces questions. Car, d'une part, on observe à un degré beaucoup plus remarquable les symptômes dont il s'agit, dans un assez grand nombre de cas d'affection typhoïde où le cerveau n'offre pas de lésions appréciables ; et, de l'autre, on ignore la marche lente ou aiguë de ce ramollissement élastique, d'ailleurs si digne d'attention ; ce qu'il serait indispensable de connaître pour la solution du problème proposé. J'ajouterai, pour faire sentir combien il est nécessaire de suspendre ici son jugement, que les altérations locales du cerveau sont ordinairement

accompagnées d'une lésion plus ou moins profonde du mouvement, facile à constater ; qu'il en est de même des lésions de la protubérance annulaire ; que cette altération du mouvement n'a pas eu lieu, et que s'il fallait absolument prendre un parti dans la question proposée, on devrait, par toutes ces considérations, regarder le ramollissement dont il s'agit comme très récent, et les symptômes antérieurs aux derniers jours de la vie, comme en étant tout-à-fait indépendants (1).

Il est remarquable, d'ailleurs, que les quatre observations qui forment la base de ce chapitre sont, hors une, relatives à des sujets qui ont succombé à une époque éloignée du début de l'affection ; c'est-à-dire, quand, d'après la marche la plus ordinaire de la nature, les caractères les plus saillants de l'altération des plaques elliptiques de l'iléum devaient avoir disparu.

Les faits suivants formeront, en quelque sorte, le complément des deuxième et troisième articles, relativement au diagnostic.

(1) Cette incertitude qu'on éprouve relativement à la manière d'envisager certaines lésions du cerveau, dans un assez grand nombre de cas, indique combien, malgré les importants travaux publiés dans ces derniers temps sur les maladies de ce viscère, son histoire est loin d'être complète. Et ce n'est pas sur les cas les plus intéressants, en apparence, qu'il faut compter, pour remplir ces lacunes; ce ne sont pas les seuls cerveaux des sujets qui ont offert des symptômes cérébraux plus ou moins graves qu'il faut ouvrir ; dans l'état actuel de la science, il faudrait plutôt, s'il y avait nécessité de choisir, faire l'inverse, les lésions quid onnent lieu aux symptômes les plus graves étant en partie connues. On ne saurait trop le répéter, la médecine ne fera de progrès que quand les esprits seront convaincus qu'il importe de recueillir et de comparer *tous* les faits, quels qu'ils soient.

ARTICLE IV.

Observations dans lesquelles la plupart des symptômes de l'affection typhoïde ont eu lieu, sans altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum.

Le OBSERVATION.

Délire, rougeur érysipélateuse de la jambe droite, au début et pendant dix jours; assoupissement aux onzième et douzième, diarrhée un peu avant, eschares au sacrum et au grand trochanter droit, mort au *cinquantième jour.* — Ramollissement de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, ramollissement beaucoup moindre de celle du colon; emphysème sous-cutané, universel et profond.

Un garçon, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis sept ans et demi, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, d'une santé habituellement bonne, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 27 mai 1826. Il était alors malade depuis cinq jours, et l'affection avait débuté, à cinq heures du soir, par un frisson violent, bientôt suivi de chaleur, de douleurs dans les membres et de délire. On aperçut, le même jour, du gonflement à l'aine droite et de la rougeur au bas de la jambe du même côté, laquelle était entièrement érysipélateuse, dès le lendemain. Le délire et la chaleur persistèrent, l'agitation fut considérable, il n'y eut de selles que par lavement. — Le malade fut mis aux délayants, on lui appliqua des cataplasmes émollients sur la jambe, et des sangsues au pli de l'aine, le jour du début.

Le 28: abolition presque complète de la mémoire, confusion des dates, parole facile néanmoins, tendance au sommeil, lenteur extrême dans les mouvements, céphalalgie: jambe droite douloureuse et rouge dans toute son étendue,

augmentée de volume ; cette augmentation était très considérable au pied qui était œdémateux ; la rougeur était inégale, faible inférieurement, vive supérieurement, la peau correspondante, d'une dureté plus ou moins considérable. Le tiers inférieur de la cuisse était d'un rose clair, un peu tendu et volumineux ; la langue était bien tirée, peu humide, jaunâtre et villeuse au centre, la soif vive, la respiration médiocrement accélérée, le pouls petit, faible, régulier, la chaleur douce. Il n'y avait ni nausées, ni vomissements ; le malade ne se plaignait de quoi que ce soit.

L'érysipèle fit de continuels progrès et il avait envahi la cuisse, dans toute son étendue, le 4 juin ; ce jour même la rougeur était plus vive qu'à l'ordinaire, la cuisse un peu œdémateuse, et on observait, au pied droit, des eschares superficielles, qui n'eurent pas de suite fâcheuse, dans les points où avaient eu lieu, quelques jours avant, des phlyctènes brunâtres. La desquamation de l'épiderme était abondante par toute la jambe. — Le délire fut plus ou moins marqué jusque-là ; mais, le 6, le malade avait recouvré, quoique incomplétement, l'usage des facultés intellectuelles, et il le conserva, à un certain degré, par la suite. Il n'y eut pas de stupeur. — Les selles furent rares, l'urine involontaire, la langue sèche, quelquefois brunâtre au centre, assez naturelle au pourtour, le ventre plat, insensible à la pression. — La chaleur fut élevée, sèche, le pouls moins accéléré après le 31 mai qu'avant.

Du 4 au 25 juin, jour de la mort, voici ce que j'observai. La rougeur de la jambe diminua progressivement, et elle avait presque disparu, le 7. On voyait, ce même jour, une eschare noire, de 140 millimètres de diamètre, au sacrum, dont les bords étaient sanglants et baignés d'une petite quantité de pus ; puis une autre eschare semblable, au grand trochanter

droit. On fit, dès lors, coucher le malade alternativement sur le côté droit et sur le ventre; ce à quoi il se prêtait d'assez bonne grâce ordinairement, pour éviter les douleurs du sacrum et du grand trochanter, bien qu'elles ne fussent pas considérables. L'eschare du sacrum était presque tombée le 17, et la plaie qui lui succéda eut toujours une bonne apparence. Le malade accusait quelques douleurs au pied droit, le 21. — La langue fut sèche et rousse au centre jusqu'au 18, naturelle ensuite; l'appétit fut plus ou moins vif dès ce moment, et le malade mangea quelques crêmes de riz. Les selles furent nombreuses et involontaires, le 7, moins fréquentes ensuite, et le ventre toujours indolent. — La toux, qui avait commencé dans les derniers jours de mai, continua, mais à un faible degré. — Le pouls fut assez large, calme ou peu accéléré, et toujours régulier : il était à quatre-vingt-huit, le 23. — L'assoupissement fut assez considérable, les traits étaient profondément altérés les 6 et 7 juin; après quoi la physionomie fut assez naturelle, le teint clair, le sommeil tranquille, et prolongé une partie du jour.

Le 25 au matin, le malade me parut dans le même état que la veille; mais il eut, peu après mon départ, un léger délire; et le soir, à onze heures, il expira.

On prescrivit de la limonade et des fomentations émollientes jusqu'au 6, époque de l'assoupissement; et, ce même jour, une potion faite avec 2 grammes d'extrait de quinquina, 15 grammes d'acétate d'ammoniaque, 60 grammes d'eau de fleurs d'oranger et 30 grammes de sirop d'œillet. Cette potion fut continuée le lendemain; on y fit entrer 4 grammes d'acétate le 9; et on ordonna, le 11, de l'eau de riz vineuse, qui fut continuée dans la suite.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-HUIT HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Emphysème universel, dont il n'y avait pas encore de traces douze heures après la mort, plus considérable au cou et sur les parties latérales de la poitrine que partout ailleurs, occupant les membres dans toute leur épaisseur, sauf le tissu cellulaire sous-cutané, la cuisse droite surtout ; en sorte que les fibres musculaires étaient plus ou moins écartées les unes des autres, les muscles comme disséqués. On enlevait l'épiderme par le plus léger frottement, et la peau correspondante restait humide.— Les plaies du sacrum et du grand trochanter étaient livides, et la peau plus ou moins décollée à leur pourtour. — Il y avait quelques taches noires au pied droit ; et les unes avaient leur siége dans l'épiderme, les autres dans le derme, qui avait la même couleur dans toute son épaisseur.— Le membre abdominal droit était un peu infiltré, la peau qui l'enveloppait était pâle et plus épaisse, de moitié au moins, que celle du côté gauche. Les glandes inguinales correspondantes étaient volumineuses.

Tête. Il y avait une infiltration médiocre de sérosité rougeâtre au-dessous de l'arachnoïde ; une cuillerée du même liquide dans le ventricule latéral droit, moitié seulement à gauche ; quelques bulles d'air dans le tissu sous-anachnoïdien. Le cerveau avait une bonne consistance ; le cervelet était très mou, à part ses pécondules. La protubérance et la moelle allongée étaient dans l'état normal.

Cou. Le pharynx et le larynx étaient un peu livides, leur membrane muqueuse d'ailleurs parfaitement saine.

Poitrine. Il y avait une pinte de sérosité rouge dans chacune des plèvres, sans adhérences. Les poumons étaient engoués, moins résistants que dans l'état normal, en arrière ; non emphysémateux. — On trouva deux cuillerées de séro-

sité dans le péricarde. Le cœur était livide, un peu pâle, extrêmement mou, à parois minces, et il contenait très peu de sang. L'aorte était un peu rouge à l'intérieur, étroite, n'avait que 53 millimètres de développement au bord libre des valvules sigmoïdes, au lieu de vingt-neuf qu'elle a, d'ordinaire, dans ce point, à l'âge du sujet.

Abdomen. Les intestins étaient très météorisés ; il y avait quelques onces de sérosité noirâtre dans le flanc droit. — L'œsophage était dépouillé de son épiderme, d'ailleurs sain. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait une fort petite quantité de liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse était jaune, dans quelques points du grand cul-de-sac, grisâtre, sans être mamelonnée, le long de la grande courbure, dans une surface de 95 centimètres carrés ; d'une épaisseur et d'une consistance convenables dans toute son étendue. — Le duodénum était dans l'état naturel. — L'intestin grêle contenait une assez grande quantité de bile, et peu de mucus. Sa membrane interne était blanche ou jaunâtre, à part quelques points qui avaient une couleur rose livide; mince, ramollie, de manière à ne donner, par traction, que des lambeaux de 2 à 4 millimètres, à de rares exceptions près. Les plaques elliptiques de l'iléum n'offraient absolument rien de remarquable, avaient à peu près le même degré de consistance que dans l'état naturel.—Le gros intestin contenait des matières fécales pultacées, d'un jaune brun, dans son premier tiers, plus consistantes et moins colorées ensuite. Sa membrane muqueuse n'était un peu ramollie que dans sa moitié droite ; et, de tout le tube intestinal, le grand cul-de-sac était le seul point où il y eût un peu d'emphysème sous-muqueux. — Les glandes mésentériques étaient un peu plus volumineuses et plus rouges que dans l'état naturel. — Le foie avait un médiocre volume, une

teinte brun bleuâtre assez uniforme ; il était mou, facile à déchirer, emphysémateux dans quelques parties où il y avait plus de vide que de plein. Le péritoine qui le recouvre en était séparé, dans plusieurs points, par des gaz, et partout on l'enlevait avec la plus grande facilité. La vésicule avait un médiocre volume, contenait un liquide d'une couleur orange, d'une épaisseur convenable. — La rate était un peu augmentée de volume, noirâtre et très ramollie. — Les reins étaient un peu pâles, petits, mous, verdâtres à l'extérieur. — Les autres viscères n'offraient rien de remarquable.

Si le siége de la maladie eût été aussi profondément caché qu'il était superficiel, on serait très probablement tombé dans l'erreur; on aurait cru avoir affaire à une affection typhoïde : le délire, l'assoupissement, les eschares, la diarrhée, la sécheresse de la langue, étant au nombre des symptômes les plus graves de cette maladie. Sans doute le délire ne paraît pas ordinairement au début de l'affection typhoïde, mais cela arrive quelquefois néanmoins : si l'assoupissement fut très court, sa durée n'a rien de fixe, et il manque quelquefois dans le cours des fièvres : si la diarrhée se manifeste fréquemment dès leur début, elle ne se montre aussi, dans un assez grand nombre de cas, que tardivement ; et si le développement un peu brusque de certains symptômes, l'apparition tardive de quelques autres, pouvaient laisser des doutes, les larges eschares au sacrum et au grand trochanter étaient bien faites, il faut en convenir, pour les dissiper. On pouvait même encore, après avoir reconnu l'érysipèle comme la source des premiers symptômes, se demander s'il n'y avait pas quelque complication, d'autant plus que les eschares ne furent observées qu'au moment où l'érysipèle suivit une marche rétrograde.

Toutefois, et je ne saurais trop le faire remarquer au lecteur, il n'y eut ni *sudamina*, ni taches roses, lenticulaires, ces taches qui sont presque constantes dans l'affection typhoïde ; il n'y eut ni surdité, ni bourdonnements d'oreilles, ni météorisme ; c'est-à-dire que le malade éprouva plusieurs symptômes graves qui sont communs à l'affection typhoïde et aux autres maladies aiguës, et que ceux dont l'ensemble est propre à l'affection typhoïde, manquèrent. On ne pouvait donc pas croire à l'existence d'une complication, et avec d'autant plus de raison que le sujet était à Paris depuis près de huit ans, qu'il se trouvait, ainsi, dans des circonstances où l'affection typhoïde se montre bien rarement. Mais ce fait n'en a pas moins beaucoup d'importance, en ce qu'il montre, une fois de plus, que le diagnostic de l'affection typhoïde repose, non dans la gravité, mais dans le nombre et dans la variété des symptômes qui lui sont propres.

Remarquons, d'ailleurs, que les plaques elliptiques n'étaient pas seulement saines, mais qu'à leur pourtour la membrane muqueuse était fort ramollie ; de manière qu'altérées ou non altérées, ces plaques sont presque toujours dans un état très différent de celui de la muqueuse avec laquelle elles se continuent.

Cette observation est d'ailleurs un exemple frappant de l'influence des prédispositions sur le développement des symptômes accessoires, puisqu'on ne peut concevoir la subite apparition du délire et le développement des eschares, qu'en admettant une prédisposition. Il est encore digne de remarque que la prédisposition à la gangrène paraît avoir été la suite de l'érysipèle ; car cette inflammation s'est terminée heureusement, et si, à son plus haut période, la disposition à la gangrène eût existé, elle se serait assurément terminée par la mortification des parties qui en étaient le siége :

et non-seulement cette terminaison n'a pas eu lieu, mais le tissu cellulaire sous-cutané n'a pas même été enflammé.

L'état de la peau atteinte d'érysipèle mérite encore notre attention. Bien qu'ayant cessé d'être rouge depuis plus de deux semaines, au moment de la mort, elle était encore très épaissie; et ce fait n'est pas le seul qui nous ait donné lieu d'observer que l'épaississement des tissus est un des effets de l'inflammation qui disparaît le plus lentement, et qu'on ne saurait considérer comme ayant été le siége d'une phlegmasie récente, un organe membraneux susceptible d'un épaississement rapide, si, n'étant ni rouge ni ramolli, il n'est pas non plus épaissi.

Je ne m'arrêterai pas sur l'emphysème dont il a été question dans la première partie de cet ouvrage, et je passe à l'exposition d'un autre fait assez semblable à celui-ci.

LIe OBSERVATION.

Frissons, anorexie, érysipèle de la jambe gauche au début; délire le quatrième jour, puis assoupissement, rougeur et enflure du petit doigt de la main gauche, excoriation du scrotum ; mort au *onzième jour*. — Jaunisse universelle, emphysème du cou, abcès à la jambe gauche et au coude droit, tapissés d'une fausse membrane; gaz dans la cavité péritonéale; plaques elliptiques de l'iléum saines; la muqueuse de cet intestin très ramollie dans ses 15 derniers décimètres, etc.

Un sacristain de l'Abbaye, d'une assez forte constitution, taille moyenne, épaules larges, à Paris depuis trente-six ans, âgé de 65, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 6 septembre 1824. Hémorroïdaire depuis vingt ans, ses hémorroïdes n'avaient été fluentes que dans les dix dernières années; il n'était pas sujet au rhume, et il accusait deux jours de maladie. Au début : maux de tête, frisson violent, anorexie, rougeur à l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche ; le frisson

dura six heures, fut accompagné de nausées, de vomissements, et suivi d'une chaleur forte et sèche, qui persista ensuite sans interruption. D'ailleurs, ni dévoiement, ni douleurs de ventre; urine rouge, intelligence parfaite, nulle tendance au sommeil.

Le 7, fin du deuxième jour : céphalalgie gravative, douleurs contusives dans les bras, mémoire sûre, exercice de l'intelligence un peu lent, légère tendance au sommeil ; douleur assez vive, gonflement médiocre, rougeur incomplétement circonscrite autour de l'articulation tibio-tarsienne du côté gauche ; langue sèche et râpeuse au centre, naturelle au pourtour ; soif vive, déglutition facile, anorexie, ventre souple, indolent, bien conformé; ni nausées, ni vomissements, constipation ; pouls large, régulier, à quatre-vingt-quinze ; chaleur médiocre, un peu sèche, injection légère des téguments ; respiration normale, toux nulle. (*Bour. oxym. nitrée ; petit lait quinze sangs. à l'articulat. tars.*)

Le 8 : augmentation de la rougeur et du gonflement de la jambe gauche, qui est brûlante dans toute son étendue. Le reste comme la veille.

La nuit suivante, léger délire. Le 9 ; rougeur bornée à la partie inférieure et externe de la jambe, œdème dans le même point, desquamation commençante au coude-pied. Nul autre changement.

Depuis lors jusqu'au 15, jour de la mort, voici ce que j'observai. L'assoupissement fut presque continuel, mais facile à rompre; le délire fut violent, les 10 et 11, au point qu'on fut obligé de maintenir le malade avec le gilet de force, après quoi il fut peu considérable. Le 10, les traits étaient écoulés, le gonflement de la jambe gauche, augmenté; le petit doigt de la main correspondante, volumineux et rouge ; et ces symptômes prirent encore plus de développement, les deux

jours suivants. Le 13, la cuisse gauche était chaude, et il y avait de la fluctuation au coude du côté opposé. Le 14, le volume de cette partie était augmenté, l'érysipèle du petit doigt de la main gauche, flétri; le scrotum rouge, volumineux, excorié dans plusieurs points, comme depuis trois jours. Le 15, la cuisse gauche offrait du gonflement, et celui du bras droit était diminué. — Le pouls fut assez large, de quatre-vingt à quatre-vingt-dix jusqu'au 15 ; moins large, sans être misérable, ce dernier jour. — La langue fut plus ou moins rousse, noirâtre ou encroûtée ; la soif toujours assez vive, la déglutition facile. Il y eut plusieurs selles, le 10; elles furent nombreuses et involontaires, le 13. J'observai du météorisme le 7; il augmenta dans la suite, et l'abdomen fut toujours insensible à la pression. — Il n'y eut de taches roses, lenticulaires, en aucun temps; la peau était universellement jaune le 12, il en était de même des sclérotiques; et cette coloration prit plus d'intensité les jours suivants. La chaleur fut constamment assez élevée.

Le malade mourut dans la soirée, sans agonie.

OUVERTURE DU CADAVRE TRENTE-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Couleur jaune universelle, peu foncée. — Emphysème borné au tissu cellulaire du cou.— Jambe gauche d'un médiocre volume, un peu rouge et bleuâtre dans sa partie externe, dans une surface de vingt-quatre centimètres ; peau correspondante épaissie ; infiltration de pus au dessous; et, près de la cheville, ce liquide formait un abcès dont les parois étaient tapissées par une fausse membrane, molle, semblable à celle qu'on trouve à la surface des vésicatoires. Pareil abcès avait lieu au coude droit ; et l'un et l'autre étaient environnés, dans une partie de leur étendue, d'un tissu cellulaire rouge.

Tête. Traces d'infiltration sous-arachnoïdienne; quatre petites cuillerées de sérosité dans les ventricules latéraux; pie-mère médiocrement rouge, substance corticale du cerveau dans l'état naturel; la médullaire piquetée d'un sang noir, épais. — Le cervelet, la protubérance et la moelle allongée dans l'état naturel.

Cou. La membrane muqueuse du pharynx et des voies aériennes un peu livide, d'ailleurs saine.

Poitrine. Adhérences cellulaires entre les poumons et les plèvres, moins étendues à droite qu'à gauche; 120 grammes de sérosité sanglante dans chacune d'elles. Noyau crétacé, deux petits abcès tuberculeux, au sommet du poumon gauche. Ce même poumon et celui du côté droit, lourds et infiltrés d'un liquide sanglant, non aéré, dans presque toute leur étendue. — 90 grammes de sérosité rougeâtre dans le péricarde. Cœur très mou, d'un bon volume; ses valvules saines; les sigmoïdes de l'aorte également, sauf quelques épaississements partiels. Aorte d'un rouge vif, avec quelques taches noirâtres.

Abdomen. Météorisme considérable. Une incision faite aux parois de l'abdomen, sans intéresser les viscères qui y sont renfermés, donna issue à un gaz inodore, dont le volume, estimé par le retrait du ventre, fut évalué à quatre verres environ. — L'œsophage était sain, à part un léger emphysème sous-muqueux, près du cardia, qui se prolongeait dans une portion de l'extrémité supérieure de l'estomac. — Celui-ci était doublé de volume, contenait un peu de liquide jaunâtre. Sa membrane muqueuse était d'une teinte bistre ou verdâtre, très légèrement ramollie, et d'une épaisseur proportionnée à son volume. — L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, contenait un peu de bile jaune et de mucus. Sa membrane muqueuse avait la

même couleur, dans quelques points, était généralement blanchâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables, si ce n'est dans les 13 derniers décimètres de l'iléum, où elle était un peu ramollie. Toutes les plaques elliptiques étaient saines. — Le gros intestin contenait des matières fécales, épaisses dans son dernier tiers, et il avait un volume considérable. Sa membrane interne était verdâtre ou jaunâtre, et, à cela près, parfaitement saine. — Les glandes mésentériques étaient fort petites. — Le foie avait un volume convenable, était très mou, très facile à déchirer, d'une couleur grisâtre ou pistache dans toute son épaisseur, sans trace d'emphysème. Il y en avait un peu au col de la vésicule, qui contenait une grande quantité de bile rousse, peu épaisse. — La rate était grisâtre, presque de la couleur du foie, dans toute son épaisseur, et si molle qu'on pouvait à peine y faire une incision nette avec un bon scalpel. — Les reins étaient un peu augmentés de volume ; leur substance corticale était emphysémateuse, crépitante, bosselée à l'extérieur, comme si elle eût été semée d'un grand nombre de petits kystes. — Il y avait un kyste séreux, du volume d'une noix, entre la vessie et la prostate.

A part le défaut d'eschares et la marche rapide de l'affection, il y avait beaucoup d'analogie entre ce fait et le précédent. Le mouvement fébrile fut considérable, le délire violent, peu après son début, au troisième jour ; il y eut de la diarrhée vers la même époque ; la langue fut sèche, noirâtre, encroûtée ; le météorisme, qui n'existait pas chez le sujet de la dernière observation, fut considérable. Il était donc assez naturel, dans les idées reçues, de soupçonner l'affection typhoïde, sinon comme primitive, au moins

comme secondaire, surtout à raison du météorisme, un des symptômes les plus remarquables de cette maladie, qu'on rencontre si rarement ailleurs, et dans des circonstances extraordinaires seulement. Mais l'autopsie prouve, de reste, combien une semblable supposition eût été erronée.

Toutefois, ici comme dans la précédente observation, plusieurs des symptômes les plus ordinaires de l'affection typhoïde manquaient. Il n'y eut ni diarrhée, ni douleurs de ventre au début, ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*, ni épistaxis ; en outre, le sujet était à Paris depuis longtemps, et d'un âge auquel on n'observe plus l'altération des plaques elliptiques de l'intestin grêle qui a été décrite : celle-ci complique bien rarement les autres maladies aiguës. On était donc encore plus fondé que dans le cas précédent à repousser l'idée de l'affection typhoïde. L'âge, mis en opposition avec le météorisme, devait l'emporter sur ce symptôme que j'ai rencontré, bien que très rarement, dans quelques maladies aiguës non typhoïdes, tandis que je ne connais aucun exemple de l'affection qui nous occupe chez des sujets âgés, et que parmi les médecins que leur position appelait, il y a quelques années encore, à donner des soins à la vieillesse, l'un d'eux, M. Rostan, m'a dit n'en avoir jamais observé chez les vieillards.

Je disais tout à l'heure que, hors les cas d'affection typhoïde, le météorisme n'avait lieu que bien rarement et dans des circonstances extraordinaires ; et l'observation qui nous occupe en est une nouvelle preuve ; car quoi de moins ordinaire, au début ou peu après le début de l'érysipèle, que le délire, sa persévérance, la somnolence, l'encroûtement de la langue ?

D'ailleurs, loin de diminuer l'importance du météorisme dans le cours de l'affection typhoïde, ce cas me semble y

ajouter encore, en montrant que cette maladie suppose une perturbation, sinon plus profonde de l'économie, au moins différente de celle qui a lieu dans les autres, et qui en fait peut-être quelquefois, comme ici, le plus grand danger.

Bien que les symptômes et les lésions observés dans ce cas et dans le précédent, supposent dans l'un et dans l'autre des prédispositions analogues, il y avait néanmoins entre eux des différences remarquables sous ce rapport; de manière que chez l'un la prédisposition aux eschares dominait, chez l'autre, celui qui nous occupe, la tendance à la suppuration. — Les fausses membranes qui tapissaient les deux foyers de pus, méritent d'être remarquées, à raison du petit nombre de cas dans lesquels les auteurs en ont fait mention.

Si le siége de la maladie principale devait préserver de l'erreur et empêcher de croire à l'existence d'une affection typhoïde, chez le sujet de cette observation et chez celui de la précédente, il n'en était plus de même pour le malade dont je vais donner l'histoire, et, à son égard, l'erreur a dû exister jusqu'au moment de l'ouverture du corps.

LIIe OBSERVATION.

Diarrhée, délire au début avec assoupissement, plus tard douleurs de de ventre, météorisme non interrompu, eschare au sacrum et aux trochanters, délire fréquemment interrompu, intelligence parfaite; mort au *cinquante-cinquième jour*. — Médiocre épanchement de sérosité dans les ventricules latéraux; muqueuse du gros intestin ramollie partiellement; foie gras; rein gauche en partie détruit.

Un limonadier, âgé de quatorze ans, d'une constitution délicate, fut conduit à l'hôpital de la Charité, le 15 février 1823. On me dit qu'il était malade depuis dix-neuf jours, que l'affection avait débuté par des vomissements, l'ano-

rexie, une diarrhée considérable qui avait persisté quatorze jours; qu'il y avait eu, dès le troisième, du délire pendant la nuit, de l'assoupissement dans la journée, et, quelquefois alors, des propos sans suite. La céphalalgie avait été considérable, dans les quatre derniers jours, et les vomissements n'avaient pas reparu depuis le premier. — Des sangsues avaient été mises au cou et aux tempes, à différentes reprises.

Le 16 : air d'abattement, pommettes bien colorées, faiblesse considérable, soubresauts des tendons, céphalalgie intense, mémoire débile, imparfaite, réponses brèves et promptes, sens intègres; langue pâle et humide, soif médiocre, déglutition facile, ventre souple, indolent, si ce n'est par une pression forte; pouls régulier, un peu faible, à cent vingt-deux; chaleur peu élevée; respiration pure. *(Orge éd.; un vésic. à l'une des cuisses; pot. gomm.; lav. ém.; deux bouill.)*.

Dès lors, jusqu'au 25 mars, jour de la mort, c'est-à-dire dans l'espace de six semaines, voici ce que j'observai. La céphalalgie fut considérable, il y eut de fréquents soupirs et des cris plaintifs du vingt au vingt-septième jour de l'affection. Du vingt-septième au trente-unième, tout le corps fut douloureux, vers les épaules principalement, par le moindre contact, et le malade poussait des cris semblables à celui qu'on désigne par le mot hydrencéphalique. Les cris furent très répétés jusqu'au trente-septième jour, et bien que l'exercice de l'intelligence ne fût pas complet, il n'y eut pas de délire proprement dit, depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à cette époque. Mais depuis lors jusqu'au terme fatal, le délire fut constant, la nuit surtout, et mêlé de cris : l'assoupissement en occupait les intervalles, et quelquefois, après avoir répondu d'une manière assez satisfaisante,

le malade criait tout-à-coup : A la garde ! — On observa, le trente-deuxième jour, une eschare au sacrum, une rougeur érysipélateuse à la hanche gauche et à la partie supérieure de la cuisse du même côté. Cette dernière était plus étendue le trente-quatrième jour, presque dissipée le trente-cinquième ; la cuisse conservant encore un excès de volume, qui persista jusqu'au trente-neuvième. Ce dernier jour, la jambe gauche était érysipélateuse, la desquamation de l'épiderme considérable, les grands trochanters offraient de larges taches brunâtres. Ces eschares et celles du sacrum étaient détachées, le quarante-cinquième jour, et l'on voyait des taches comme scorbutiques au cou et aux bras, le cinquante-troisième. — La chaleur fut toujours assez vive ; il y eut un frisson le trente-cinquième jour. Le pouls était à cent dix, le vingt-unième ; à cent vingt-neuf, le vingt-huitième ; à cent six le quarante-neuvième ; à cent, le cinquante-troisième, et il devint successivement plus faible. — Quelquefois un peu collante, la langue fut d'ailleurs naturelle du vingtième au vingt-neuvième jour, puis sèche par intervalles ; et, du quarante-troisième au cinquante-quatrième, j'y observai, comme à la lèvre inférieure, quelques petites ulcérations. Les selles furent sollicitées par l'huile de ricin, du vingt-quatrième au vingt-huitième jour, puis plus ou moins fréquentes et souvent involontaires. Le ventre était un peu sensible à la pression, le vingt-deuxième jour ; le malade s'en plaignait, le vingt-troisième, assurait y souffrir depuis cinq jours ; et, dès ce moment, jusqu'au quarante-quatrième jour, l'abdomen fut météorisé. La tisane fut souvent vomie du vingt-deuxième au cinquante-troisième. — Je n'entendis de râle à aucune époque de la maladie, et la respiration fut médiocrement accélérée.

L'agonie dura environ douze heures, pendant lesquelles

les yeux, couverts de stries muqueuses, semblaient osciller mécaniquement dans leurs orbites, tandis que la tête faisait de continuels mouvements à droite et à gauche.

On ordonna, le vingt-deuxième jour, une infusion froide de quinquina, des fomentations aromatiques et un lavement de camomille camphré ; les vingt-deuxième et vingt-septième jour, de la manne et de l'huile de ricin ; des sangsues aux oreilles, le vingt-cinquième, un bain, le trente-deuxième ; le trente-quatrième une potion tonique avec vin et sirop de quinquina, 30 grammes de chaque, qui fut continuée jusqu'au quarante-quatrième jour ; après quoi l'on s'en tint à une potion gommeuse simple.

OUVERTURE DU CADAVRE QUINZE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. La figure avait la même expression que pendant les derniers jours de la vie ; l'épiderme du milieu du dos formait une large vésicule remplie d'un fluide séro-sanguinolent, et, un peu au-dessous, la peau était incomplétement détruite dans une petite largeur. — Le sacrum et les trochanters étaient à nu, au fond d'une ulcération de 95 millimètres de diamètre, pour le sacrum, de 80 seulement pour les trochanters ; la peau était amincie et décollée à leur pourtour, dans une certaine étendue.

Tête. On trouva un très léger épanchement de sérosité rose, dans l'arachnoïde supérieure du côté droit ; une infiltration sous-arachnoïdienne assez considérable et universelle ; une cuillerée environ de sérosité claire dans chacun des ventricules latéraux. Le cerveau était humide, d'une bonne consistance. Le reste de l'encéphale parfaitement sain.

Cou. Les membranes muqueuses du larynx et de la trachée-artère étaient dans l'état normal ; celle des gros tuyaux bronchiques, d'un rose tendre.

Poitrine. Des adhérences celluleuses très circonscrites unissaient le poumon et la plèvre du côté droit. Il n'y avait nul épanchement. — Les poumons étaient roses et légers antérieurement; leur lobe inférieur était d'un rouge pâle en arrière, dur, non grenu; ne laissait pas écouler de liquide à la coupe, restait à fleur d'eau.—Le cœur et l'aorte étaient parfaitement sains.

Abdomen. L'œsophage était dans l'état naturel. — L'estomac avait un médiocre volume, contenait un peu de bile et quelques mucosités. Sa membrane interne était légèrement tachée de rouge dans le grand cul-de-sac, veloutée, d'une consistance et d'une épaisseur convenables, dans toute son étendue. — Le duodénum était sain. — La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle et parfaitement saine dans toute sa longueur. Il en était de même des plaques elliptiques de l'iléum, qui, toutes, étaient minces, blanches, ou légèrement tiquetées de gris, comme dans l'état naturel. — La membrane muqueuse du gros intestin était blanche, ramollie dans le colon droit, puis elle augmentait assez rapidement de consistance. — Les glandes mésentériques étaient pâles, petites et saines. — Le foie avait un médiocre volume, une couleur fauve, graissait le couteau.— La rate était dans l'état naturel. — Le rein gauche était un peu bosselé, sans altération appréciable. Il ne restait, de celui du côté droit, que le sommet, qui était parfaitement sain; et l'on ne trouvait plus au-dessous qu'un sac membraneux, demi-transparent, formé par l'enveloppe extérieure du rein et la membrane interne du bassinet, contenant un liquide d'odeur et de couleur d'urine. La muqueuse du bassinet était un peu épaissie, et l'uretère correspondant, du volume du petit doigt, s'ouvrait, par un orifice béant, dans la vessie. — Le reste était sain.

Ce fait offre, comme on voit, la réunion de presque tous les symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde. Au début, diarrhée, alternative d'assoupissement et de délire; un peu plus tard, douleurs de ventre, météorisme plus ou moins prononcé, qui persiste jusqu'à la mort; puis, eschare au sacrum et aux grands trochanters, retour du délire. Que fallait-il de plus pour donner la certitude que le sujet était atteint de l'affection typhoïde, et qu'on trouverait, à l'ouverture de son corps, les plaques elliptiques de l'intestin grêle plus ou moins profondément altérées? Cependant ces plaques et les glandes mésentériques qui leur correspondent, étaient saines; à part une petite étendue de la membrane muqueuse du colon, tout le canal intestinal était dans l'état naturel; et comment admettre, alors, que le malade observé ait eu l'affection typhoïde? A la vérité le sujet n'étant mort qu'après cinquante-cinq jours de souffrance, on pourrait croire que l'altération des plaques elliptiques a disparu, et dire que leur intégrité ne prouve rien. Encore que la chose ne soit pas impossible et qu'une semblable supposition pût tout concilier, je ne la crois pas admissible, dans l'état actuel de la science; vu que quelques-uns des sujets, dont il a été question antérieurement, sont morts après un espace de temps à peu près aussi considérable, sans que les traces de la maladie fussent effacées.

On dira peut-être encore que le malade qui nous occupe étant beaucoup plus jeune que les autres, je compare des choses peu comparables; que l'altération qui ne serait pas effacée, dans un certain espace de temps, chez un homme de trente ans, a pu disparaître, dans le même intervalle, chez un enfant. Cette objection n'est pas sans force, assurément; mais elle ne peut pas établir le fait dont il s'agit, la lésion spéciale des cryptes agminées de l'iléum; elle montre seule-

ment qu'il convient de ne pas la rejeter d'une manière absolue. C'est à ceux qui s'occupent de la médecine des enfants qu'il appartient de résoudre ce problème, de nous faire connaître la plus ou moins grande rapidité avec laquelle la nature répare les altérations de l'intestin dans le jeune âge.

Tout serait concilié, disais-je tout à l'heure, si l'on pouvait démontrer, dans le cas dont il s'agit, que les plaques elliptiques ont été altérées : car si elles ne l'ont pas été, à quel organe, à quelle lésion rapporter les premiers symptômes? La membrane muqueuse du colon n'était ramollie que dans une petite longueur, et on ne peut lui attribuer, avec certitude, la diarrhée des premiers temps, encore moins le délire. On ne peut pas voir, non plus, dans les premiers symptômes, la preuve d'une hydrocéphale aiguë, et la quantité de sérosité qui existait, dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ou dans les ventricules latéraux, n'était que dans la proportion de la durée de l'agonie. La lésion du rein gauche était certainement ancienne, et l'état gras du foie ne donne pas lieu aux symptômes observés avant le développement des eschares.

Quoi qu'il en soit, quand le problème dont il s'agit serait résolu négativement; quand il serait démontré que les plaques elliptiques n'ont pas été altérées, ce fait ne diminuerait en rien la certitude des caractères anatomiques attribués à l'affection typhoïde, ne prouverait nullement qu'elle est indépendante de l'altération des cryptes agminées de Peyer. N'a-t-on jamais vu, dans le jeune âge surtout, une affection en simuler une autre, presque parfaitement? Et pourquoi n'arriverait-il pas dans l'affection typhoïde ce qui arrive dans d'autres maladies? Si un individu venant à succomber à une affection prise pour une péripneumonie, on n'en trou-

vait aucune trace à l'ouverture du corps, on ne soutiendrait pas, contre le témoignage des organes, que le sujet a éprouvé une péripneumonie ; on dirait que cette maladie a été simulée, que la véritable a été masquée ; on n'en conclurait rien contre les caractères anatomiques de la péripneumonie. Ce qu'on ferait pour cette affection, il faut le faire pour celle qui nous occupe spécialement, sans quoi ce serait avoir deux mesures, et substituer le caprice à la raison.

Ces raisonnements n'ont pas été acceptés par tous les médecins, et voici comment M. Dalmas s'exprime à ce sujet (1) : « Le nœud tout entier de cette question est dans les trois observations que M. Louis donne pour des affections typhoïdes simulées. » Pour nous, ce sont des affections typhoïdes légitimes. La grande raison de M. Louis, c'est que les glandes de Peyer étaient saines ; mais, à notre avis, il argue de ce qui est en question. Vous vous proposez d'examiner si, dans le groupe de symptômes appelés fièvre typhoïde, etc., il y a une lésion constante, et lorsque la lésion qui s'est rencontrée le plus souvent vient à manquer, au lieu d'en tirer la conclusion qu'elle n'est pas constante, vous en déduisez qu'il ne s'agissait pas alors de fièvre typhoïde, et cela parce que ce que vous appelez l'altération caractéristique, manquait. Mais la question est précisément de savoir si cette altération est caractéristique ou ne l'est pas ; nous croyons que cette manière de raisonner n'est pas rigoureuse.

La réponse à cette argumentation a été faite par M. Valleix, qui s'exprime ainsi (2) : « Quelque spécieuse que soit l'argumentation de M. Dalmas, nous ne pouvons entière-

(1) *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, t. 1, *p.* 599.

(2) *Archives générales de médecine*, janvier 1839. *Considérations sur la fièvre typhoïde et principalement sur la détermination de ses caractères anatomiques essentiels.*

ment nous y rendre. Si M. Louis n'avait pas pris la précaution d'établir sur un grand nombre de faits la valeur caractéristique de la lésion des plaques, avant de se décider à regarder le malade en question, celui qui fait l'objet de la 52e observation, comme non atteint d'une véritable fièvre typhoïd ; s'il s'était seulement borné à donner à cette lésion le nom de caractéristique, l'objection de M. Dalmas serait irréfutable. Mais M. Louis a fait tout le contraire, et c'est après avoir démontré la constance de la lésion, que, ne la trouvant pas dans un cas isolé, il a pensé qu'il avait été trompé par les apparences. Or, c'est ce qu'on fait tous les jours en pathologie. On croit avoir observé tous les symptômes du croup ; on a même été sur le point de pratiquer la trachéotomie, comme le fait a eu lieu de la part de praticiens très exercés : le sujet meurt, et il n'y a pas de fausses membranes. Que dit-on alors ? qu'il y a eu croup sans fausses membranes ? Non certainement ; mais que le croup a été simulé par une laryngite spasmodique, striduleuse, et qu'il y a eu pseudo-croup ; en un mot, que le diagnostic a été erroné. N'en fait-on pas de même pour l'ensemble des symptômes de la méningite, à la suite desquels on n'a pas trouvé l'inflammation des méninges ? En chirurgie, ne cite-t-on pas des cas dans lesquels, tous les symptômes rationnels d'un calcul existant, et même les signes sensibles, entre autres le choc de la sonde contre un corps résistant, on a taillé les malades sans trouver de pierre ? Quelle conclusion en a-t-on tirée ? Que dans de certaines circonstances les hommes les plus habiles sont nécessairement induits en erreur. Toute autre conclusion eût été inadmissible. Cette manière de raisonner est donc généralement admise pour toutes les maladies dans lesquelles le rapport intime entre l'altération organique et les symptômes, a été mis hors de doute ; et tel nous semble

être le cas de la fièvre typhoïde après tous les travaux modernes.

» Les faits ultérieurs sont d'ailleurs venus prouver que la manière dont M. Louis a interprété cette espèce d'anomalie est la bonne. Dix ans se sont passés depuis l'époque où M. Dalmas a élevé ses doutes, et, depuis dix ans, malgré le nombre immense de cas de fièvre typhoïde dans lesquels on a pu constater l'état de l'intestin, on n'a guère entendu parler de ces faits exceptionnels ; MM. Louis, Chomel, Bouillaud n'en ont pas trouvé un seul. Est-il raisonnable d'admettre que, si la fièvre typhoïde pouvait exister en l'absence de l'altération spéciale des follicules, on pût traverser un si grand nombre d'années sans que, de tous côtés, il arrivât de nombreux démentis aux résultats obtenus par M. Louis? De nos jours, les praticiens ont appris à mieux distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles, et de là vient, sans doute, que la constance de ses *lésions* ne se dément plus comme autrefois.

» Poursuivant ses objections, M. Dalmas ajoute : « Vous dites que si l'on observait tous les symptômes de la péripneumonie aiguë sur un sujet, et qu'à l'ouverture du cadavre on trouvât le poumon sain, on dirait qu'il y avait péripneumonie simulée ; je crois, moi, qu'il faudrait dire que, dans ce que nous appelons péripneumonie, les signes sur lesquels nous nous fondons pour dire que le poumon est malade sont faux. »

Nous pensons, continue M. Valleix, que M. Dalmas va beaucoup trop loin. Prenons un exemple, non pas dans les suppositions, mais dans la réalité, dans ce qui a été observé et bien observé. On trouve, dans la *Presse médicale* (1837), une observation de M. Grisolle, dans laquelle tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale sont clairement réunis.

Dans la même année, un fait absolument semblable fut observé dans le service de M. Louis, à la Pitié : l'hémiplégie dura jusqu'à la mort, et à l'ouverture des cadavres on eut beau chercher dans les plus petites portions du cerveau, on ne trouva absolument aucune lésion appréciable, pas plus que dans ses membranes. Faut-il en conclure que les signes de l'hémorrhagie cérébrale sont faux? Cette pensée ne viendra à l'esprit de personne. On dira seulement que dans ces cas, comme dans les affections typhoïdes simulées, les apparences ont été tout à fait trompeuses, et l'on redoublera d'attention dans l'observation des malades, pour chercher quelque signe caché propre à faire éviter l'erreur.

ARTICLE V.

Le typhus des camps et armées et l'affection typhoïde, sont-ils une seule et même maladie ?

On sentait vivement, depuis plusieurs années, la nécessité de faire des recherches comparatives sur l'affection typhoïde et sur le typhus, quand l'Académie royale de médecine, dans sa séance du 27 juin 1835, mit au concours la question suivante : « Faire connaître l'analogie et les différences » qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde, dans » l'état actuel de la science. »

L'examen de cette question donna lieu à des travaux importants, parmi lesquels l'Académie a surtout distingué le Mémoire de M. Gaultier de Claubry (1).

Malgré le vague des descriptions faites par les auteurs, et le petit nombre d'observations données par M. Gaultier

(1) Voyez *Mémoires de l'Acad. roy. de médecine*, Paris, 1838, t. VII, de la page 1 à la page 185.

de Claubry, on est obligé de reconnaître, avec lui, que les symptômes observés dans les diverses épidémies de typhus qui ont eu lieu à la suite des armées, ou dans les hôpitaux, depuis plus de quarante ans, sont ceux de l'affection typhoïde. Car dans ces épidémies, comme dans cette dernière maladie, la diarrhée est un des premiers symptômes observés; les douleurs de ventre et le météorisme sont comptés parmi les accidents les plus ordinaires; les taches roses, lenticulaires, quelquefois accompagnées de pétéchies, sont signalées par la plupart des observateurs qui ont traité du typhus. Les hémorrhagies nasales, la dureté de l'ouïe, le trouble de la vue, sont peut-être aussi fréquents dans cette dernière maladie que dans l'affection typhoïde elle-même. Je dis, peut-être; parce que les auteurs n'ayant pas procédé, dans leurs descriptions, au moyen de l'analyse numérique, on n'a, sur ce point, comme sur les autres, que des à peu près. La somnolence, la stupeur et le délire font partie presque nécessaire de l'ensemble des symptômes du typhus et de la fièvre typhoïde. Dans l'un et dans l'autre, on observe la plus grande variété dans la marche de la maladie, tantôt lente, tantôt rapide : et s'il n'a été donné à aucun médecin, depuis que l'affection typhoïde est bien connue, de voir cette maladie aussi promptement funeste que le typhus, dans nombre de cas; on peut croire que cela tient à la différence des causes prédisposantes, tantôt plus, tantôt moins graves, et plus graves de beaucoup, assurément, dans une foule de cas de typhus, que dans l'affection typhoïde. L'âge des sujets atteints de l'une ou de l'autre maladie, paraît être généralement le même : et si l'on compte quelques cas de typhus développés chez des sujets qui avaient dépassé cinquante-cinq ans, ces cas sont rares, à ce qu'il paraît; et, en admettant qu'il n'y ait pas eu dans

le petit nombre d'entre eux erreur de diagnostic, la différence dont il s'agit pourrait encore bien s'expliquer par la différence bien réelle du degré des causes qui président au développement des deux affections qui nous occupent, sans qu'on pût en conclure une différence quelconque dans leur nature. Ajoutons, comme nouveau trait de ressemblance entre le typhus et l'affection typhoïde, qu'à quelques exceptions rares près, ces deux maladies n'attaquent qu'une fois le même individu.

A la vérité, l'état des viscères des individus qui ont succombé dans les différentes épidémies de typhus, a souvent été négligée; et, dans ces cas, le moyen le plus sûr et le plus facile de s'assurer de l'identité ou de la dissemblance du typhus et de l'affection typhoïde, nous échappe. Mais aussi, comme l'observe M. Gauthier de Claubry, dans les cas où l'étude dont il s'agit n'a pas été entièrement négligée, on a signalé une coloration rouge, livide, violette, noirâtre, de quelques points de l'intestin grêle considéré à l'extérieur ; et, à l'intérieur, dans les points correspondants, des eschares gangréneuses, des ulcérations, disent les auteurs les moins précis; tandis que MM. Ducastaing, Pellerin et Magnin parlent d'érosions pénétrant plus ou moins profondément à travers les tuniques intestinales, entourées de bords élevés et indurés. MM. Ducastaing et Pellerin signalent, en outre, la tuméfaction, le ramollissement, l'aspect gris rougeâtre des ganglions mésentériques, dans les portions du mésentère qui correspondent aux ulcérations intestinales : en sorte, que ces descriptions, bien que très incomplètes assurément, semblent néanmoins confirmer, pour leur part, ce que l'étude comparée des symptômes indique, *l'identité* du typhus et de l'affection typhoïde.

On ne saurait trop s'étonner, toutefois, en admettant cette identité, qu'un accident formidable, la perforation de l'intestin grêle, dont il sera bientôt question, n'ait pas fixé l'attention de ceux qui ont décrit des épidémies de typhus. Et ce fait n'est pas un de ceux qui parlent le moins haut en faveur de l'anatomie pathologique, même de cette anatomie grossière, en quelque sorte, et qui n'exige pas beaucoup de peine ni de temps.

Que si le typhus, ou la maladie à laquelle on a donné ce nom, a été observé, dans ces derniers temps, à Toulon et à Rochefort, sans que tous les malades qui ont succombé, alors, aient offert, à l'ouverture de leurs corps, l'altération spéciale des plaques de Peyer, qui caractérise anatomiquement l'affection typhoïde, et sans doute aussi le typhus; cela ne prouve pas la non-identité du typhus et de l'affection typhoïde; cela indique seulement l'existence simultanée de deux maladies graves : et le lecteur verra, par la lecture de l'article suivant, que la ressemblance dans les symptômes pourrait être considérable, au premier abord, sans qu'il y eût identité, à beaucoup près.

ARTICLE VI.

Le *typhus fever* (fièvre continue des Anglais) et l'affection typhoïde, sont-ils une seule et même maladie?

Depuis que les caractères anatomiques et symptomatiques de l'affection typhoïde ont été fixés avec précision en France, les médecins de tous les pays ont cherché à en vérifier l'exactitude. Les plus distingués de l'Angleterre se sont aussi appliqués à cette recherche; et, comme parmi les malades qui leur ont paru avoir éprouvé tous les symptômes de l'affection typhoïde, les uns ont offert, après la mort, l'alté-

ration décrite des plaques de Peyer, tandis que chez d'autres cette altération n'existait pas ; ils en ont conclu qu'elle n'avait pas l'importance que je lui ai attachée, qu'elle n'était pas essentielle à l'affection typhoïde, que celle-ci pouvait très bien exister sans elle. Des médecins du continent, parmi lesquels il faut surtout citer M. Lombard, de Genève, et M. Dalmas, se rangèrent, après avoir visité l'Angleterre, de l'avis des médecins de Londres, d'Édimbourg et de Dublin ; eux qui connaissaient parfaitement les caractères anatomiques et symptomatiques de l'affection typhoïde, qui avaient toujours vu la lésion des plaques de Peyer correspondre aux symptômes qui appartiennent à cette affection, soit à Genève, soit à Paris. De manière que l'incertitude qui n'existait plus, depuis la publication de mes recherches, que chez un petit nombre de médecins, menaçait de faire des progrès, quand, heureusement, parurent les travaux des médecins américains, les observations recueillies en Angleterre par M. Shattuck, de Boston, et les remarques judicieuses publiées par M. Valleix à leur sujet (1).

Toutefois, avant la publication de ces derniers travaux, comme à l'époque de la première édition de mes recherches, le doute élevé sur la valeur de l'altération des plaques de Peyer, dans l'affection typhoïde, ne m'a jamais paru fondé. La 52e observation des recherches dont il s'agit est bien relative à un individu fort jeune, qui succomba après avoir éprouvé la *plupart* des symptômes de l'affection typhoïde, sans que les plaques elliptiques de l'intestin grêle fussent affectées : mais j'avais montré que ce fait unique ne prouvait rien contre l'unanimité des faits analysés, et j'en avais seulement conclu qu'il y avait eu, dans ce cas, erreur de dia-

(1) *Archives générales de médecine*, t. 52.

gnostic. Un peu plus tard, quelques observations réunies par M. Andral, furent citées, par lui, comme la preuve que les symptômes de l'affection typhoïde peuvent exister sans la lésion des plaques de Peyer. Mais dans un article aussi remarquable pour la forme que pour le fond, M. Valleix a montré que les huit observations du célèbre professeur de pathologie, se réduisent à une, qu'on pourrait citer comme exemple *probable* d'affection typhoïde sans lésions; que les autres appartiennent à des catégories différentes ; et il a remarqué, comme je l'ai dit plus haut, que depuis dix ans, malgré le nombre immense de cas d'affection typhoïde dans lesquels on a pu constater l'état de l'intestin, on n'a pas entendu parler de nouveaux faits exceptionnels ; ce qu'il attribue, avec raison, à ce que, de nos jours, les praticiens ont mieux appris à distinguer l'affection typhoïde de toutes les autres maladies fébriles; et il conclut que, dans les deux cas publiés par M. Andral et par moi, il y a eu tout simplement erreur de diagnostic (1).

Mais les cas de cette espèce fussent-ils plus nombreux, je n'en adopterais pas davantage la manière de voir que je combats ; je ne placerais pas au nombre des cas d'affection typhoïde, ceux dans lesquels l'intestin grêle est sain, les symptômes observés eussent-ils une plus grande ressemblance avec ceux de l'affection typhoïde que les symptômes de l'observation que j'ai recueillie moi-même. Bien plus, si l'on venait un jour à observer un fait dans lequel tous les symptômes *actuellement* connus de la fièvre typhoïde existeraient, sans que les plaques de Peyer fussent altérées, je ne placerais pas ce fait parmi ceux de fièvre typhoïde ; pas plus, comme le dit M. le Dr Valleix, qu'on ne classerait parmi

(1) *Archives générales de médecine*, vol. 50, page 82.

les hémorrhagies cérébrales, une hémiplégie dans laquelle les symptômes ayant été ceux qui accompagnent ordinairement l'hémorrhagie cérébrale, le cerveau aurait été trouvé sain. Comment, en effet, ne pas voir dans la constance de l'altération des plaques elliptiques de Peyer, chez les individus emportés par l'affection typhoïde, et surtout dans la *régularité* du développement de cette altération, la preuve qu'elle ne peut pas être considérée comme accidentelle, qu'elle est essentielle à l'affection qui nous occupe? Cette régularité est telle, en effet, qu'on ne la rencontre, au même degré, dans aucune des lésions qui caractérisent les autres affections aiguës. Que, par exemple, un malade soit atteint d'une pneumonie, l'inflammation du parenchyme pulmonaire ne commence pas nécessairement par la base ou par le sommet de l'un des poumons ; elle commence indifféremment, pour ainsi dire, par l'un ou par l'autre. Qu'un sujet soit affecté d'un ramollissement du cerveau, ce ramollissement ne débutera pas nécessairement par telle ou telle partie de l'organe : tantôt sa superficie sera primitivement affectée, tantôt un de ses points profondément situés, tantôt les parties centrales, tantôt l'un ou l'autre hémisphère. J'en dirai autant de l'inflammation des autres organes parenchymateux, de celle des méninges, des membranes muqueuses qui tapissent les voies digestives ou aériennes, etc., etc.; tandis que l'altération des plaques de Peyer qui forme le caractère anatomique de l'affection typhoïde, débute constamment par le même point, près du cœcum, non-seulement chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant. De manière que dès à présent, et sans aller plus loin, il faut reconnaître que toute affection aiguë qui ne s'accompagne pas, dans son cours, de l'altération spéciale des plaques de Peyer, n'est pas une affection typhoïde, alors même qu'on ne trouverait

pas à l'autopsie les traces d'une autre affection; qu'ainsi le *typhus fever* des Anglais est nécessairement une maladie très différente de celle qui nous occupe.

Ces considérations sont trop simples, elles reposent sur des faits trop bien constatés, pour qu'on pût craindre de les voir démenties, un jour, par l'observation : aussi l'observation a montré, que, si l'on voit tous les jours en Angleterre des exemples d'une maladie aiguë, semblable, en apparence à l'affection typhoïde, et dans laquelle cependant les plaques de Peyer sont saines, c'est qu'il y a en Angleterre deux maladies, dont l'expression symptomatique, pour offrir plusieurs points de ressemblance, n'est cependant pas identique à beaucoup près; que l'une d'elles s'accompagne constamment de la lésion indiquée des plaques de Peyer, tandis que cette lésion n'a jamais lieu dans l'autre : et la différence qui existe entre les symptômes de ces deux maladies aurait certainement frappé les observateurs, si, moins préoccupés des idées anciennes sur les fièvres, ils se fussent laissés guider par l'observation. Quelques mots suffiront pour le prouver.

Il est inutile, pour atteindre ce but, de chercher à apprécier les faits recueillis par les médecins anglais eux-mêmes; il me suffira de rappeler, d'une manière succincte, ceux qui ont été observés au mois de février de l'année dernière, à Londres, par M. le docteur Shattuck, de Boston, et qui ont été analysés par M. le docteur Valleix, avec le soin que méritait un aussi bon observateur (1).

Les faits dont il s'agit sont au nombre de treize; sept d'entre eux sont relatifs à des malades dont les deux plus âgés avaient quarante et un ans; les autres, de vingt à vingt-quatre. Ces sept malades éprouvèrent tous les symptômes de

(1) *Arch. de méd.* p. 52.

la fièvre typhoïde, tels que nous les observons en France; notamment la diarrhée, les douleurs de ventre, ordinairement dès le début, le météorisme de l'abdomen, les taches roses, lenticulaires; et, l'un d'eux ayant succombé, on trouva, à l'ouverture de son corps, les plaques elliptiques de l'intestin grêle profondément altérées, les glandes mésentériques rouges, volumineuses et ramollies, la rate également fort ramollie, etc., etc., c'est-à-dire qu'on trouva, chez ces sujets, et les symptômes de l'affection typhoïde, et les lésions qui en forment le caractère anatomique.

Les six autres observations de M. Shattuck sont relatives à des malades dont trois avaient de cinquante à cinquante-huit ans; les autres, de vingt-huit à trente. Ces malades éprouvèrent, comme les premiers, un certain degré de stupeur, un mouvement fébrile plus ou moins considérable, de telle sorte, néanmoins, que leur pouls n'eut jamais beaucoup de développement; quelquefois du délire, un affaiblissement considérable. Mais, à l'inverse des premiers sujets, ils n'eurent pas de douleurs de ventre, pas de diarrhée, ou seulement à la suite de quelques purgatifs; ils n'eurent que bien rarement du météorisme, toujours à un faible degré, dans les cas où il eut lieu; et, en place des taches roses, lenticulaires, légèrement saillantes, facilement effaçables par la pression, peu nombreuses, de l'affection typhoïde; c'était des taches d'un rouge brun, ordinairement plus petites que les taches typhoïdes, non saillantes, non effaçables ou très incomplétement effaçables par la pression, nombreuses, universelles, souvent disposées par groupes, visibles encore après la mort; de manière que, sur le cadavre, l'épanchement de sang qui les formait, pénétrait le derme et le tissu cellulaire sous-jacent. Et, quatre de ces sujets ayant succombé, les plaques elliptiques de Peyer et les glandes

mésentériques furent trouvées dans un état d'intégrité parfait ; la rate volumineuse et ramollie dans un cas seulement.

Ainsi, et dès le début, il y avait, dans un groupe de malades, des symptômes *locaux*, des accidents plus ou moins graves du côté de l'abdomen, qui permettaient de localiser l'affection pendant la vie; tandis que, dans l'autre groupe, ces symptômes n'avaient pas lieu, ou se développaient tardivement sous l'influence de quelques purgatifs. Et, le lecteur en conviendra sans peine, si l'on devait compter sur une lésion plus ou moins marquée des plaques de Peyer, chez les premiers sujets, on ne devait pas s'y attendre chez les seconds. L'éruption était d'ailleurs, comme on a vu, bien différente dans les deux séries des malades ; leur âge n'était pas non plus le même, à beaucoup près. On ne devait donc, soit pendant la vie, soit après la mort, confondre les deux groupes de sujets observés à Londres par M. Shattuck. Ce que le raisonnement forçait d'admettre, l'observation directe l'a démontré ; et il faut reconnaître, désormais, qu'il existe en Angleterre, et à Londres en particulier, deux affections fébriles confondues jusqu'ici, mais réellement très distinctes, qui ne se ressemblent que par les phénomènes généraux ; dont l'une n'atteint que les jeunes sujets, s'accompagne de phénomènes locaux du côté de l'abdomen, ordinairement dès le début, puis d'une éruption de taches roses, lenticulaires : tandis que les symptômes locaux, la diarrhée, le météorisme, manquent plus ou moins complétement dans l'autre, qui s'accompagne d'une éruption très différente de la première, beaucoup plus nombreuse aussi, et atteint les sujets de tout âge. Il est tout simple, dès lors, qu'on trouve, après la mort de ceux qui ont succombé à la première de ces affections, une altération des plaques de Peyer qui n'existe pas dans l'autre ; et le mer-

veilleux serait, maintenant, que l'intestin grêle fut dans le même état dans ces deux maladies, dont les symptômes diffèrent si essentiellement.

Sans doute les faits recueillis par M. Shattuck sont peu nombreux, et ils sont, par cela même, insuffisants, il faut le reconnaître, pour qu'on puisse s'élever, par eux, à la connaissance exacte de l'affection typhoïde et du *typhus fever*, tels qu'ils existent en Angleterre : mais, ayant été recueillis sans choix et avec beaucoup d'exactitude, ils suffisent pour résoudre la question qui nous occupe. Les conséquences qui en découlent sont d'ailleurs confirmées par d'autres faits semblables, recueillis avec un soin égal, par des observateurs non moins habiles, M. Gérhard et M. Pennok, de Philadelphie, qui ont, comme M. Shattuck, approfondi l'étude de l'affection typhoïde à Paris. Ces faits sont relatifs à l'épidémie du *typhus fever* qui a régné à Philadelphie en 1835, et dont M. Gérhard a exposé les principaux résultats dans un mémoire important que les journaux américains ont fait connaître (1).

Ces résultats sont tirés de l'histoire de deux cent cinquante malades observés et traités par M. Gérhard et par M. Pennock, à l'hôpital de Philadelphie. Sur ces deux cent cinquante malades, cinquante ont succombé ; et, à l'époque à laquelle le *typhus fever* fut observé, il n'y avait que quelques cas d'affection typhoïde dans l'hôpital. Chez les malades dont il s'agit, comme chez ceux qui étaient atteints du *typhus fever*, et que M. Shattuck a observés à Londres, il n'y eut pas de symptômes locaux au début, pas de coliques ; et la diarrhée, quand elle eut lieu, ne se montra que pen-

(1) Voyez dans l'*Expérience*, t. 1, p. 241 et suivantes, la traduction de ce mémoire par M. Bell.

dant les grandes chaleurs de l'été, alors que la dyssenterie était en quelque sorte épidémique : il n'y eut pas de météorisme, ou bien rarement, et toujours alors à un faible degré. Des taches violacées, brunâtres, non saillantes, avec les autres caractères indiqués plus haut, furent observées dans presque tous les cas : la stupeur, la prostration des forces, la dureté de l'ouïe, des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, eurent lieu chez un grand nombre de sujets : et, chez ceux qui succombèrent, on trouva les plaques de Peyer dans l'état naturel, la membrane muqueuse de l'intestin grêle parfaitement saine, à part quelques petites ecchymoses, dans divers points de son étendue, chez quelques sujets : le gros intestin n'était pas en moins bon état que l'intestin grêle ; sa membrane muqueuse et celle de l'estomac offraient à peine, dans quelques cas, un léger ramollissement ; les glandes mésentériques étaient saines chez tous les sujets ; la rate n'offrait d'altération appréciable que dans la moitié des cas, et, dans un sixième seulement, elle était à la fois ramollie et augmentée de volume. De manière que dans l'épidémie de Philadelphie, comme dans les cas observés, à Londres, par M. Shattuck, non-seulement les plaques de Peyer étaient saines, mais aussi la membrane muqueuse qui les sépare ; et celles du gros intestin et de l'estomac n'offraient que rarement quelques légères lésions, étant, dès lors, bien plus souvent dans l'état naturel, que dans l'affection typhoïde et dans les autres maladies aiguës.

Ce n'est pas tout ; les autres viscères, à part les poumons qui étaient assez fréquemment splénisés, n'offraient, comme les organes de la digestion, que des lésions bien faibles et bien rares tout à la fois ; et aucune d'entre elles n'avait lieu dans tous les cas : de manière qu'il est vrai de dire que non-

seulement le *typhus fever* n'a pas, comme l'affection typhoïde, son siége dans les organes de la digestion, mais qu'on ne peut lui en assigner aucun, qu'il n'a, jusqu'ici, aucun caractère anatomique; et l'on se trouve naturellement conduit, par cela même, à dire, avec M. Valleix, que le *typhus fever* pourrait être considéré comme une fièvre essentielle.

Enfin, et c'est un fait bien remarquable, malgré la stupeur, la prostration des forces, et l'altération assez marquée que paraît offrir le sang pris sur le cadavre de ceux qui ont succombé au *typhus fever*, MM. Shattuck, Gérhard et Pennock n'ont trouvé d'ulcération dans aucun des organes de ceux qui ont été emportés par cette maladie, quelqu'exactes et multipliées qu'aient été leurs recherches. Et on a vu plus haut, dans la seconde partie de cet ouvrage, combien ces ulcérations sont fréquentes dans le cours de l'affection typhoïde, qui paraît imprimer, à cet égard, une disposition profonde aux tissus de l'économie.

Ainsi, sous le point de vue anatomique, le *typhus fever* diffère de l'affection typhoïde, non-seulement parce que les plaques de Peyer restent saines chez les sujets qui en sont atteints ; mais encore, parce que les lésions secondaires sont très rares dans son cours, et parce qu'il semble plutôt préserver de l'ulcération les membranes muqueuses qui tapissent les différents organes de l'économie, que les y disposer.

Comment rapprocher, désormais, des affections qui offrent des différences si essentielles, sous le rapport des symptômes et des lésions ?

Les différences dans les symptômes sont telles, qu'au milieu de l'épidémie qu'ils ont observée à Philadelphie, il ne paraît pas que MM. Gérhard et Pennock, après avoir re-

connu son caractère, se soient trompés une seule fois dans leur diagnostic; qu'ils aient confondu une seule fois l'affection typhoïde avec le *typhus fever;* et les bons élèves de l'hôpital ne se trompaient pas davantage. Cependant, dans l'épidémie de Philadelphie comme dans l'affection typhoïde, le trouble des fonctions des organes des sens était fréquent, et ce point de ressemblance entre ces deux maladies n'existait pas chez les sujets observés par M. Shattuck, à Londres; en sorte qu'on doit se demander si le trouble des fonctions des organes des sens, observé dans le typhus de Philadelphie, ne tenait pas à ce qu'il était épidémique : car il arrive tous les jours que l'expression symptomatique d'une maladie est plus ou moins altérée, quand elle règne sous forme épidémique. Si la différence qui nous occupe tenait à cette cause, le diagnostic différentiel du *typhus fever* et de l'affection typhoïde serait beaucoup plus facile qu'on ne serait porté à le conclure de ce qui précède; puisque, d'une part, il n'y aurait, en quelque sorte, ni trouble des fonctions des organes des sens, ni symptômes du côté des voies digestives, avec éruption de taches rouges livides, universelles : et, de l'autre, altération fréquente des fonctions des organes des sens, diarrhée, douleur de ventre, météorisme dans presque tous les cas, avec une éruption de taches roses, lenticulaires, peu nombreuses.

Sans doute, et à quelque degré d'exactitude que soit portée un jour la connaissance des symptômes et de la marche du *typhus fever*, on trouvera, par intervalles, des cas dans lesquels le diagnostic présentera des difficultés très grandes, peut-être même insurmontables : mais ces difficultés existent pour les maladies les mieux connues, les plus faciles à diagnostiquer dans l'immense majorité des cas; et cette objection n'a aucune valeur, ne diminue en rien l'exactitude

des réflexions qui précèdent. Sous ce rapport le *typhus fever* rentre dans la loi commune; tandis qu'il s'éloigne de toutes les maladies aiguës fébriles, par l'absence d'une lésion constante, d'un caractère anatomique quelconque, et parce que, dans son cours, il n'y a nulle proportion entre le mouvement fébrile et la fréquence des lésions secondaires.

CHAPITRE III.

DE LA PERFORATION DE L'INTESTIN GRÊLE (1).

Cette perforation qui, dans le cours des maladies aiguës, est propre aux malades atteints d'affection typhoïde, eut lieu chez huit des cinquante-cinq sujets que j'ai ouverts, ou dans la septième partie des cas où la maladie a eu une terminaison funeste (2); proportion considérable, et qui augmente l'étonnement qu'on éprouve en songeant qu'un accident si grave, ordinairement annoncé par les symptômes les plus formidables, est à peine connu d'un petit nombre de médecins, depuis quelques années, et encore ignoré du plus grand nombre.

Ordinairement unique, la perforation était quelquefois double ou triple (obs. 53), avait lieu dans le voisinage du cœcum, au milieu des plaques elliptiques ulcérées, et, dans la majeure partie des cas, chez des sujets dont l'affection ne paraissait pas offrir de gravité, ou était plus ou moins complétement latente (obs. 41, 42, 43, 44, 45); ce qui rendait

(1) Voyez, pour plus amples détails, mon Mémoire sur la perforation de l'intestin grêle (*Mémoires sur diverses maladies*, Paris, 1826, pag. 156 et suiv.), dont j'ai emprunté les deux observations de ce chapitre.

(2) Je compte ici les cas dont l'histoire n'était à peu près complète que sous le rapport anatomique.

les symptômes qui l'accompagnent encore plus saillants (1).

La perforation n'eut lieu qu'une fois, à 40 millimètres de la valvule iléo-cœcale, dans cette partie de l'iléum qui offre, dans tout son pourtour, une foule de petites plaques irrégulières dues à des cryptes, à la face antérieure de l'intestin, et non à l'opposite du mésentère, ainsi que je l'observai dans les autres cas.

L'époque de son apparition variait beaucoup. Elle eut lieu le douzième jour de l'affection dans un cas (obs. 54), le dix-huitième, dans deux autres (obs. 45, 53); du vingt-deuxième au quarante-deuxième, dans les cinq derniers (obs. 31, 41, 42, 43, 44).

Des symptômes extrêmement graves l'annoncèrent chez cinq sujets ; elle fut, pour ainsi dire, latente chez les trois autres, sans que la mort parût en être moins promptement la suite. Ces symptômes étaient une douleur vive et déchirante, ressentie *tout à coup* dans l'abdomen, bientôt suivie de la décomposition des traits, de nausées, de vomissements; ordinairement accompagnée de frissons et de tous les symptômes les plus caractéristiques d'une péritonite aiguë intense. On reconnut aisément, dans tous les cas où ces symptômes eurent lieu, quelle en était la source; de manière que si, dans le cours d'une affection typhoïde, forte ou légère, ou même dans des circonstances inattendues, la maladie ayant été latente jusque-là (obs. 41, 42, 43), il survenait *tout-à-coup*, chez un malade atteint d'une diarrhée, des douleurs de ventre exaspérées par la pression, accompagnées de la décomposition des traits, et, plus ou moins promptement,

(1) Des cas semblables avaient été observés, avant la première édition de cet ouvrage par M. Bretonneau, qui a vu succomber, au 18e jour, des malades dont l'affection, bien reconnue, n'avait inspiré, jusque-là, aucune crainte (*Archives générales de méd.* t. 10, p. 173).

de nausées et de vomissements ; il faudrait annoncer une perforation de l'intestin grêle.

La subite apparition d'une douleur violente de l'abdomen, accompagnée de l'altération de la physionomie, serait insuffisante, pour porter, avec toute la certitude possible, un pareil diagnostic ; il faut que la douleur soit exaspérée par la pression. Ainsi, j'ai vu mourir, en moins de trois jours, à l'hôpital de la Charité, une femme atteinte de phthisie pulmonaire encore peu avancée, qui offrait, pour toute lésion récente, à l'ouverture de son corps, une foule de taches rouges, lenticulaires, dans toute l'étendue de la membrane muqueuse du colon ; bien qu'elle eût éprouvé, dans toute leur violence, les symptômes indiqués. Mais la douleur de ventre n'avait pas été exaspérée par la pression.

Non-seulement cette exaspération est nécessaire, mais il faut encore, pour la sûreté du diagnostic, que la douleur s'étende plus ou moins promptement à tout l'abdomen. Le fait suivant en est la preuve. Il s'agit d'un homme de trente ans, que j'observai en 1823, à la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait, effectivement, tous les symptômes d'une gastrite chronique ; mais, après quelques jours de repos, il fut pris subitement d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, de l'altération des traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable, fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée, eut, comme les autres symptômes, plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut. Et, à l'ouverture de son corps, on trouva, pour principale lésion, un épanchement considérable de sang derrière le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. Le sujet n'avait d'ailleurs

éprouvé, à aucune époque, de pulsations à l'épigastre, et je n'en avais pas senti non plus dans cette région, bien que je l'eusse palpée avec soin, à différentes reprises.

Sans doute le siége de la douleur devait écarter le soupçon d'une perforation de l'intestin grêle; mais l'anévrysme aurait pu avoir lieu et se rompre immédiatement au-dessus de la bifurcation de l'aorte, et alors le siége de la douleur ne pouvant plus éloigner l'idée d'une perforation de l'intestin grêle, il n'eût été possible d'éviter l'erreur qu'en faisant réflexion que la douleur restait bornée au point où elle s'était manifestée à son début, qu'ainsi elle n'avait plus le caractère de celle qui serait produite par l'épanchement d'un liquide quelconque dans la cavité péritonéale.

Toutefois, après avoir présenté les caractères que j'ai indiqués, la douleur peut diminuer assez promptement pour que les malades soient sans crainte sur leur situation (obs. 42, 44). Mais d'autres symptômes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité : les traits restent grippés, les nausées et les vomissements continuent ; ou bien la figure, sans être profondément altérée, est pâle et violacée, les malades éprouvent des frissons continuels, s'enveloppent le plus exactement possible dans leurs couvertures (obs. 54, 42), craignent le moindre déplacement, ont l'attitude d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait se réchauffer ; ce que j'ai observé au plus haut degré, dans un cas de perforation de l'intestin grêle par une balle qui l'avait traversé dans plusieurs points. En présence de pareils symptômes, on ne peut se départir de son diagnostic, surtout quand la douleur a été violente à son début et a persisté un certain espace de temps. Et l'amélioration serait beaucoup plus marquée, en apparence, qu'on ne devrait pas se désister de son premier jugement (obs. 43).

Si les symptômes dont il s'agit venaient à se déclarer dans d'autres circonstances, chez des sujets dont l'âge écarte tout soupçon d'affection typhoïde, etc.; on devrait encore annoncer une perforation, mais non de l'intestin grêle.

L'observation suivante est un exemple des symptômes qui nous occupent, à un remarquable degré.

LIIIme OBSERVATION.

Malaises indéfinissables pendant un mois, puis mouvement fébrile violent, spasmes de la gorge, et, au sixième jour, léger délire, et bientôt tous les symptômes d'une perforation. — Ulcérations dans l'intestin grêle, trois d'entre elles perforées; léger ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac; glandes mésentériques volumineuses et rougeâtres.

Une femme, âgée de vingt-six ans, d'une constitution médiocrement forte, d'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, d'une sensibilité assez vive, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 22 septembre 1822. Elle était à Paris depuis trois ans, et malade depuis huit jours. L'affection avait été précédée, pendant un mois, de malaises indéfinissables; avait débuté par un frisson violent suivi de chaleur, l'anorexie et la soif. Cet état, auquel se joignirent des spasmes à la gorge, se prolongea pendant quelques jours; le sixième, les idées de la malade furent parfois désordonnées; le septième, elle eut une céphalalgie assez intense et fut conduite à l'hôpital, où elle passa une partie de la nuit à crier. Elle n'avait point accusé de douleurs dans l'abdomen.

Le 23, sa figure était pâle et un peu altérée, quelquefois grimaçante, quelquefois calme et sans expression remarquable; il y avait des mouvements spasmodiques à la mâchoire inférieure; la malade, qui ne répondait que par monosyllabes, et ne semblait pas jouir constamment de sa

raison, satisfaisait assez bien aux questions de la sœur de service, assurait n'avoir de douleurs qu'aux pieds, où on lui avait appliqué des sinapismes pendant la nuit; sa langue était un peu gluante et d'une couleur naturelle; elle était sans soif, avait le ventre un peu météorisé et sensible à la pression, le pouls à quatre-vingt-dix, ni plein, ni dur, la chaleur élevée; la respiration assez fréquente; le bruit respiratoire était mêlé d'un râle sec et sonore, les crachats étaient assez liquides, et quelques-uns teints de sang; la toux était rare. *(Saignée de* 300 *grammes; lotions froides sur la tête; sinap.; vésicat. aux cuisses; limon.)*

Le calme se rétablit; il n'y eut de cris ni le jour ni la nuit; la malade causa un peu et raisonnablement avec les personnes qui vinrent la voir.

Cependant, le lendemain 24, sa figure exprimait l'anxiété; elle disait souffrir tantôt de tout le corps, tantôt de la tête seulement; les spasmes de la mâchoire inférieure persistaient, la bouche était remplie de mucosités épaisses, le ventre souple et insensible à la pression, la chaleur toujours élevée, le pouls un peu moins fréquent, plus développé que la veille; les crachats visqueux (*Id.*).

La malade fut assez tranquille, le reste du jour; mais, au milieu de la nuit, elle fut prise *tout à coup* d'une violente douleur de ventre, qui lui arracha des cris aigus.

Le 25, au moment de la visite : décomposition des traits, affaissement considérable, yeux ternes, visage plus pâle encore que de coutume, intelligence entière, langue sèche, en partie noirâtre et encroûtée, ventre météorisé, extrêmement douloureux. La douleur était brûlante, exaspérée par la moindre pression et par les boissons, le pouls médiocrement accéléré, petit et faible; la respiration plus fréquente que la veille : il n'y avait ni nausées, ni vomissements.

M. Chomel, qui avait reconnu la cause de la péritonite, prescrivit des émollients sous toutes les formes.

Les douleurs de ventre furent très vives le jour et la nuit, et bientôt il y eut des vomissements de bile.

Le 26, la malade répondait parfaitement bien aux questions; sa figure était entièrement décomposée, portait l'empreinte de la douleur et de l'abattement, était pâle, comme le reste du corps; ses dents et sa langue étaient sèches; elle avait des nausées continuelles; les selles, auparavant rares et difficiles, étaient nombreuses et liquides; l'hypogastre, extrêmement douloureux, tendu; le pouls, filiforme; les parties découvertes, froides.

La malade passa la nuit au milieu des cris et des vomissements, qui continuèrent jusqu'à la mort; c'est-à-dire jusqu'au lendemain 27, à six heures, cinquante ou cinquante-quatre heures après le début d'une péritonite extrêmement douloureuse.

OUVERTURE DU CADAVRE VINGT-SIX HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Pâleur sans vergetures; rien autre chose de remarquable.

Tête. Veines cérébrales gorgées de sang; cerveau humide, d'ailleurs parfaitement sain.

Poitrine Léger épanchement de sérosité rougeâtre dans la cavité des plèvres; infiltration séreuse, peu considérable, de la partie postérieure des poumons, du côté droit surtout. — Le cœur et l'aorte dans l'état normal.

Abdomen. Une petite incision faite aux parois de l'abdomen en laissa échapper un gaz sans odeur. L'épiploon recouvrait tout l'intestin grêle, et y adhérait faiblement. Un liquide trouble et roussâtre, contenant des flocons albumi-

neux, remplissait le petit bassin et se répandait jusqu'à la face concave du foie. Les circonvolutions intestinales adhéraient entre elles, au moyen de fausses membranes jaunâtres et molles. Sur l'iléum, à 80 millimètres du cœcum, on voyait un trou de 4 millimètres de diamètre, placé au centre de l'une des ulcérations qui s'y trouvaient : deux autres plus petits existaient au dessus. Autour de tous trois le péritoine était d'un rouge clair, dans la largeur de 11 millimètres. A l'intérieur, la membrane muqueuse avait une teinte jaune, verdâtre, fort légère, une épaisseur et une consistance convenables, et elle offrait, à sa terminaison, près du cœcum, dans la longueur d'un demi-mètre, dix ulcérations. Celles-ci avaient 18 à 22 millimètres de largeur, des bords anguleux, saillants et grisâtres, formés par l'épaississement de la muqueuse des plaques elliptiques sur lesquelles elles se trouvaient, et par celui du tissu cellulaire correspondant. Leur fond était pâle, formé par la membrane musculaire saine, encore recouverte, dans la plupart des points, par une lame mince de tissu cellulaire. Enfin, ces membranes et la péritonéale étaient détruites, dans les points où se trouvaient les perforations. — Les glandes mésentériques, correspondantes aux plaques elliptiques altérées, étaient volumineuses et rougeâtres. — La membrane muqueuse du gros intestin n'offrait rien de remarquable. — Celle de l'estomac était pointillée de rouge, un peu ramollie dans le grand cul-de-sac, et saine ailleurs. — Le foie était dans l'état naturel ; la bile de la vésicule peu épaisse, d'une couleur très foncée. — La rate était volumineuse et ramollie.

La subite apparition de la douleur de ventre, son étendue, son augmentation par la pression, la décomposition des traits, puis les nausées et les vomissements, ne pou-

vaient laisser de doute sur l'existence d'une péritonite, ni sur la cause qui l'avait amenée. Et, dans un cas semblable, le doute sur cette cause serait d'autant moins proposable, qu'à une exception près, chez une femme atteinte de métrite puerpérale, je n'ai rencontré de péritonite, dans le cours des maladies aiguës, qu'à la suite de la perforation de l'intestin grêle, chez les sujets atteints d'affection typhoïde. Une péritonite développée dans le cours de cette maladie indique donc, d'une manière presque certaine, indépendamment de la violence de son début, l'existence d'une perforation.

Un fait qui me semble digne d'être remarqué, c'est que les mouvements spasmodiques cessèrent du moment où la perforation eut lieu, c'est-à-dire dans la circonstance qui aurait semblé la plus capable d'exciter des symptômes nerveux de toute espèce, et de rendre plus saillants ceux qui existaient.

L'affection suivit, d'ailleurs, sa marche accoutumée, les ulcérations les plus larges et les plus profondes étant les plus voisines du cœcum. Mais à quelle époque fixer le début de l'altération des plaques de Peyer ? Si l'on remarque que la couleur de ces plaques n'était pas celle qu'on observe chez les sujets qui périssent aussi rapidement qu'il faudrait l'admettre, si l'on plaçait le début de la maladie au moment où il y eut un frisson violent, on sera porté à faire remonter l'affection au moment où la malade commença à éprouver les malaises indéfinissables dont il a été question, et à admettre qu'elle a eu, pendant cette époque, la forme latente exposée au deuxième article. J'ajouterai qu'en adoptant cette manière de voir, qui semble la plus probable, on se rend compte du dérangement de la santé antérieurement à l'époque où débutèrent les symptômes graves, ce qui serait im-

possible dans toute autre supposition, l'intestin grêle étant presque le seul organe malade, le seul dont l'altération parût déjà ancienne à la mort du sujet.

Mais, comme je l'ai dit, malgré la violence de sa cause, la péritonite fut douteuse ou très obscure dans trois cas. Il n'y eut, dans l'un d'eux, trente-six heures avant le terme fatal, qu'une légère douleur à l'hypogastre et une expression de dégoût très prononcée, qui n'existaient pas auparavant; et ces symptômes, qui dépendaient sans doute de la perforation, étaient trop faibles, non-seulement pour en annoncer l'existence d'une manière positive, mais pour la faire soupçonner. La perforation avait eu lieu, dans ce cas, à la partie antérieure de l'iléum, et n'avait pas laissé aux matières fécales un passage aussi libre dans la cavité abdominale que chez les autres individus : mais cette circonstance ne pouvait expliquer, d'une manière satisfaisante, le défaut des symptômes caractéristiques (obs. 32). — La perforation fut moins complétement latente chez un autre sujet. S'il n'éprouva pas une douleur violente et subite dans l'abdomen, au moment où elle eut lieu, ses traits offrirent une profonde altération, plus de vingt-quatre heures avant la mort; et, quand je le vis pour la dernière fois, l'hypogastre était météorisé et très sensible à la pression. Le malade ne s'en plaignait pas, son attention semblait entièrement absorbée par le sentiment d'une extrême faiblesse, il ne parlait de rien autre chose. Malgré l'absence de la douleur subite, l'altération profonde et rapide des traits, réunie au météorisme et à la sensibilité de l'hypogastre, devait faire fortement soupçonner l'existence d'une péritonite, et, d'après ce que j'ai dit tout à l'heure, une perforation (page 333).

L'observation suivante, qui est la troisième de celles dont il s'agit, est l'exemple d'une nouvelle modification des symptômes qui nous occupent, assez difficile à apprécier.

LIVe OBSERVATION.

Anorexie, diarrhée, toux au début, puis frissons fréquemment renouvelés ; plus tard léger météorisme, léger délire, frissons continuels; mort au *vingtième jour*. — Plaques dures de l'iléum, ulcérées ou non ulcérées, l'une d'elles perforée ; glandes mésentériques correspondantes volumineuses, d'un rose tendre, peu ramollies.

Un tailleur de pierres, âgé de vingt-trois ans, d'une taille moyenne, d'une constitution assez forte, bien développé, à Paris depuis six mois, avait eu, à différentes reprises, depuis cette époque, un léger dévoiement, et, chaque fois, un peu de fièvre, sans néanmoins être obligé d'interrompre ses occupations. La diarrhée avait reparu, dans les deux dernières semaines d'octobre, accompagnée, à son début, de toux, de céphalalgie, de perte d'appétit, de soif; et le malade ayant été mouillé au cinquième jour de cette récidive, avait eu des frissons presque aussitôt; après quoi les selles étaient devenues très nombreuses, la soif très vive, la chaleur restant toujours peu considérable. Les frissons s'étaient renouvelés par les moindres causes, il n'y avait eu de céphalalgie que dans les quatre premiers jours, et le malade ayant renoncé au vin pur ou mêlé d'eau, la soif avait beaucoup diminué dans les trois derniers. Ce malade, qui était sobre et n'avait commis aucun excès, fut admis à l'hôpital de la Charité le 31 octobre 1822.

Le 1er novembre : attitude naturelle, faiblesse médiocre, figure convenablement colorée, réponses faciles et nettes ; langue aride et blanchâtre au centre, rose sur les bords, soif vive, anorexie, selles nombreuses et sans coliques;

urine facile, ventre indolent ; toux légère, bruit respiratoire sans mélange de râle ; peau un peu injectée, chaleur médiocre, pouls large, régulier à quatre-vingt-seize, sans dureté. (*Saignée de* 360 *grammes ; orge édulc. et acid.; lav. de lin* bis.)

Aucun changement appréciable dans la journée : selles plus nombreuses qu'à l'ordinaire pendant la nuit ; le sang se couvrit d'une couenne épaisse de 4 millimètres et assez consistante.

Le 2, la peau était très injectée, le pouls à quatre-vingt-quatre, un peu plus plein et plus dur que la veille ; la chaleur un peu plus élevée. Il y avait eu des sueurs copieuses, on voyait beaucoup de *sudamina ;* le ventre était légèrement météorisé ; les autres symptômes n'étaient pas modifiés d'une manière sensible. (*Tis. d'orge*; *lav. lin.*)

La journée fut assez bonne ; il y eut une légère épistaxis pendant la nuit ; et, le lendemain, à l'heure de la visite, l'état de l'intelligence et des organes des sens était très satisfaisant ; la figure était violacée, la langue verdâtre, le ventre toujours indolent, un peu météorisé ; la chaleur forte ; le pouls variable, plus accéléré que la veille ; la respiration fréquente, le bruit respiratoire mêlé d'un râle sec et sonore. Les selles avaient été moins nombreuses que les autres jours ; il n'y avait pas eu de sueurs. (*Id.*)

Le malade eut un peu de délire pendant la nuit. Le 4, à six heures du matin, je le trouvai très affaissé ; l'exercice de l'intelligence était pénible, la vue faible, la langue comme la veille, le météorisme augmenté, le ventre insensible à la pression, la chaleur forte ; et cependant le malade se *couvrait avec soin. (Vés. aux jambes.)*

Le délire fut considérable le jour et la nuit, les frissons furent presque continuels. Le lendemain, à l'heure de la vi-

site, le malade parlait sans suite, on pouvait à peine fixer son attention pendant une seconde, et, comme pendant la nuit, il faisait des efforts continuels pour sortir du lit ; son visage, ses mains et le haut de sa poitrine étaient violacés ; il avait l'extérieur d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait se réchauffer ; son ventre était météorisé, indolent, si ce n'est par une pression forte, qui faisait un peu grimacer ses traits.

Les mêmes symptômes continuèrent jusqu'à la mort, qui arriva le même jour, à sept heures du soir, sans que le malade eût eu de vomissements. Sa respiration avait commencé à s'embarrasser à une heure.

OUVERTURE DU CADAVRE QUATORZE HEURES APRÈS LA MORT.

État extérieur. Embonpoint médiocre, système musculaire bien développé, raideur extrême, point de vergetures.

Tête. Cerveau très ferme, légèrement injecté ; deux petites cuillerées de sérosité dans chacun des ventricules latéraux.

Poitrine. Cœur parfaitement sain. Poumons violacés en arrière, d'ailleurs dans l'état naturel ; bronches d'un rouge vif.

Abdomen. La face interne de la paroi antérieure de l'abdomen était d'un rouge plus ou moins vif, dû à l'injection du péritoine ; les intestins offraient la même coloration dans plusieurs points, et, partout où elle existait, on enlevait le péritoine avec assez de facilité. Les circonvolutions intestinales étaient unies entre elles par quelques fausses membranes ; le petit bassin et les flancs offraient une assez grande quantité de liquide trouble, jaunâtre et grisâtre,

d'une odeur extrêmement fétide. Sur l'iléum, à 16 centimètres du cœcum, existait un trou de la largeur d'une grosse tête d'épingle, placé au centre d'une ulcération circulaire, de 13 millimètres de diamètre, près de laquelle s'en trouvaient trois autres, mais imperforées, ayant pour fond la tunique musculaire, et des bords plus ou moins épais. Ces ulcérations étaient placées au milieu de plaques fort saillantes, dures, et en assez grand nombre, dans les 7 derniers décimètres de l'iléum. Toutes ces plaques, plus ou moins ulcérées, étaient dues au développement d'une matière faiblement nuancée de rose ou de jaune. Dans le point correspondant, la tunique musculaire était épaissie, jaunâtre, friable, plus ou moins profondément altérée. La membrane muqueuse était généralement grisâtre et un peu ramollie.— Les glandes mésentériques avaient un volume considérable, quelques-unes 27 millimètres de diamètre, et une consistance assez forte ; la plupart, une couleur rose tendre ; aucune n'était d'un rouge brun dans toute son épaisseur. — Les membranes muqueuses de l'estomac, du duodénum et du gros intestin étaient dans l'état naturel, sauf quelques taches rouges, qui se trouvaient dans le grand cul-de-sac du ventricule. — Le foie était un peu mou et violacé ; la bile de la vésicule, épaisse et d'un vert foncé. — La rate était volumineuse, avait de 23 à 26 centimètres de haut, la consistance et la couleur qui lui sont propres. — Les autres viscères de l'abdomen n'offraient rien de remarquable.

C'est sans doute aux accidents cérébraux qu'il faut attribuer le développement incomplet des symptômes de la perforation. Toutefois, il n'était pas impossible de reconnaître cette lésion : car quelques heures après l'apparition du délire, le malade fut affaissé, très sensible au froid, se

couvrit avec soin, ce qui n'avait pas eu lieu auparavant. Dès-lors, jusqu'au terme fatal, ou pendant un jour et demi, il eut des frissons presque continuels; et douze heures avant la mort, sa figure, ses mains, le haut de sa poitrine étaient violacés, son ventre un peu sensible à la pression et très météorisé. Si les frissons indiquaient le développement d'une affection nouvelle, la douleur abdominale, jointe à la grande augmentation du météorisme, montrait que le ventre en était le siége, et l'on ne pouvait guère alors soupçonner qu'une perforation. Car, quand une autre affection se déclare dans le cours d'une maladie aiguë, et donne lieu à un frisson, celui-ci est ordinairement de peu de durée; et, dans aucun cas, hors ceux de perforation, je n'ai trouvé ses effets aussi énergiquement prononcés. En sorte que je crois pouvoir dire, d'une manière générale, que si un sujet atteint d'une affection typhoïde venait à éprouver du délire, puis un frisson qui durât sans interruption, ou presque sans interruption, pendant vingt-quatre heures et plus; si bientôt sa figure, ses membres et une partie de son corps étaient violacés, le météorisme promptement considérable, le ventre paraissant douloureux pour la première fois; si ces symptômes se trouvaient ainsi réunis, on devrait annoncer qu'il existe très probablement une perforation.

J'ajouterai à ce qui précède que l'espace écoulé entre le début de la perforation et la mort, a varié de vingt à cinquante-quatre heures; que même un des sujets n'a succombé que sept jours après le développement des premiers symptômes, bien qu'ils fussent très énergiques à leur début, et qu'ils ne se soient calmés qu'au commencement du quatrième jour (obs. 43). Fait doublement remarquable, en ce qu'il montre : 1° que, les symptômes de la perforation

une fois bien prononcés, on ne doit pas revenir sur son diagnostic, quand, après avoir duré quelque temps, ils viennent à diminuer; 2° que la résistance d'individus placés dans des circonstances analogues, en apparence, aux mêmes causes de mort, est extrêmement variable.

CHAPITRE IV.

DU PRONOSTIC.

Ce qu'on a dit depuis long-temps de l'incertitude du pronostic dans les maladies aiguës (je prends le mot pronostic dans sa signification la plus restreinte), est surtout applicable à l'affection typhoïde; et il me suffira, pour en convaincre le lecteur, de lui rappeler les principaux symptômes de cette maladie, leurs proportions dans les cas légers et dans les cas graves, dans ceux qui se sont terminés par le retour à la santé, ou par la mort, en commençant par les symptômes qui sont plus particulièrement liés au siége de l'affection; je veux dire les symptômes abdominaux.

Ainsi, la *diarrhée* est généralement plus intense chez les individus qui succombent que chez ceux qui guérissent après avoir éprouvé des symptômes graves; mais elle est aussi incommode chez quelques-uns de ceux-ci, par la fréquence du retour des selles, que chez un plus grand nombre des premiers: en sorte que la violence de ce symptôme, dans un cas particulier, est insuffisante pour en fixer le pronostic.

Les selles *involontaires* n'ont pas, non plus, sous ce rapport, l'importance qu'on serait tenté de leur attribuer; puisque sur trente sujets dont les garde-robes ont eu ce carac-

tère, et dont il est parlé dans la Clinique de M. Chomel, treize seulement ont succombé : chiffre qui n'est pas très supérieur à celui de la mortalité de l'affection typhoïde, dans sa division à l'Hôtel-Dieu, pendant plusieurs années.

Considérées d'une manière générale, et abstraction faite des cas particuliers, les *hémorrhagies intestinales* sont assurément un des symptômes les plus graves de la maladie qui nous occupe, et elles doivent en rendre le pronostic fâcheux ; car sur sept sujets qui ont éprouvé des pertes de sang par l'anus, et qui ont été traités par M. Chomel, six ont succombé. Mais ce fait est la preuve qu'on peut encore guérir à la suite d'une hémorrhagie intestinale, qu'ainsi on ne saurait prédire la mort avec certitude, dans un cas particulier, à raison de ce symptôme, qui, d'ailleurs, chez cinq des sujets dont il s'agit, ne paraît pas avoir été funeste par lui-même, ou par l'extrême abondance du sang perdu. — La proportion des cas de guérison fut beaucoup plus considérable chez les malades dont j'ai recueilli l'histoire, puisque sur sept de ceux qui eurent des hémorrhagies intestinales, trois guérirent, après avoir perdu par les selles une grande quantité de sang, pendant trois, quatre et six jours de suite. En sorte que la persistance de l'hémorrhagie intestinale, pendant plusieurs jours, ne permet pas même un pronostic assuré, ne le rend pas nécessairement funeste.

Le *météorisme* est un peu plus fréquent chez les sujets qui succombent que chez ceux qui guérissent d'une affection typhoïde, après avoir éprouvé des symptômes graves : mais cette différence est peu considérable (34 sur 46 pour les uns, 40 sur 57 pour les autres), et n'est d'aucune impor-

tance pour le pronostic envisagé pour chaque individu en particulier.

Le degré du *météorisme* a plus de valeur que sa fréquence, sous le point de vue qui nous occupe; car, parmi les sujets que j'ai observés, il fut considérable dans la moitié des cas terminés par la mort, et chez la sixième partie seulement des sujets qui guérirent d'une affection typhoïde grave. En sorte qu'envisagé d'une manière générale, ce symptôme doit rendre le pronostic grave, quand il existe à un degré remarquable : mais on ne peut en rien conclure rigoureusement, dans un cas particulier, puisqu'un assez grand nombre de malades guérirent après l'avoir éprouvé au plus haut degré.

Les *symptômes gastriques* (douleurs à l'épigastre, nausées, vomissements) ont lieu dans des proportions peu différentes, chez les sujets qui ont succombé et chez ceux qui ont guéri : et ils ne peuvent fournir d'élément de quelque valeur au pronostic. J'en dirai autant de l'état de la *langue*, et par les mêmes raisons.

La *dysphagie*, celle dont on ne peut se rendre compte par l'état de la bouche et de l'arrière-bouche, a quelque importance sous le point de vue qui nous occupe; car on l'observe plus souvent dans les cas graves terminés par la mort, que dans les autres. D'ailleurs cette dysphagie est ordinairement liée, comme le lecteur se le rappelle sans doute, à des ulcérations de l'œsophage.

La *somnolence*, un des symptômes les plus importants de l'affection typhoïde, est aussi un de ceux qui mérite le plus d'attention quand il s'agit de porter un pronostic quelcon-

que, dans un cas particulier. Elle fut plus fréquente et généralement plus considérable chez les malades qui succombèrent que chez ceux qui guérirent après avoir éprouvé des accidents graves. Elle ne débuta, avec les premiers symptômes, chez les sujets soumis à mon observation, que dans les cas où la maladie eut une terminaison funeste; et une seule fois je l'ai vue paraître au deuxième jour de l'affection, chez un sujet qui guérit. Elle ne s'est montrée, avant le cinquième jour, dans aucun des cas où la maladie fut légère; en sorte que ce qui doit surtout fixer l'attention des praticiens dans la considération du météorisme, sous le rapport du pronostic, c'est son début.

Le *délire* fut plus fréquent dans les cas graves que dans les cas légers; chez les malades qui succombèrent que chez ceux qui guérirent; et il débuta moins fréquemment le premier jour chez ceux-ci que chez les autres; de manière que, pour le délire comme pour la somnolence, c'est surtout le début qu'il importe de considérer quand il s'agit du pronostic.

L'*agitation*, je parle de celle qui était portée au point de rendre la camisole de force nécessaire, eut lieu dans la huitième partie des cas qui eurent une terminaison heureuse, et chez la troisième partie des sujets qui ont succombé : en sorte que, considéré d'une manière générale, et indépendamment des cas particuliers, ce symptôme doit aussi être regardé comme d'une grande importance pour le pronostic.

Mais il en a bien moins que cette *perversion de l'intelligence*, qui faisait dire à un des malades dont j'ai donné l'histoire, au milieu des accidents les plus graves, qu'il était

bien ; car ce symptôme, dont la valeur a été signalée depuis long-temps par les pathologistes, je ne l'ai rencontré chez aucun de ceux qui ont guéri.

Les *mouvements spasmodiques* de la face ou des membres sont beaucoup plus fréquents chez les individus qui succombent que chez ceux qui guérissent, même après avoir éprouvé des symptômes graves; en sorte que je les ai rencontrés chez la troisième partie des premiers, et seulement chez la huitième partie des seconds; et, chez ceux-ci, à un moindre degré. Ce symptôme a donc une assez grande valeur sous le rapport du pronostic, en même temps qu'il montre combien il est nécessaire, pour apprécier à leur juste valeur les causes de mort, de tenir compte de l'état des fonctions du cerveau, indépendamment de ses lésions, puisqu'il n'offrait pas de lésions appréciables dans les cas dont il s'agit.

La *raideur permanente* des membres a, pour le pronostic, une valeur égale à celle de cette perversion de l'intelligence, signalée tout à l'heure. Au moins ne l'ai-je observée dans aucun des cas terminés par le retour à la santé, et je ne connais que M. Chomel, parmi les contemporains, qui ait observé une exception à cette loi; car on peut dire, à raison de l'universalité du fait, que c'est une loi.

La *prostration des forces*, un des principaux symptômes de l'affection qui nous occupe, fut considérable chez les sujets qui succombèrent et chez ceux qui guérirent : mais le plus haut degré de cet état fut plus fréquent chez les premiers que chez les seconds; de telle sorte que la troisième partie des sujets qui succombèrent se mit au lit dès le premier jour de l'affection, et la septième partie seulement des seconds, de ceux dont les symptômes furent graves. D'où il

suit que la prostration des forces, portée, dès le début, à un haut degré, doit rendre le pronostic grave, au moins en général; car on ne peut rien en conclure rigoureusement, pour un cas particulier. Un des faits exposés dans l'article qui a rapport au traitement de l'affection typhoïde par les toniques (obs. 5), suffirait pour prouver la vérité de cette assertion. Dans ce cas, à la vérité, la prostration n'eut pas lieu dès le début; elle ne se manifesta qu'à une époque déjà avancée de la maladie; et ce fait semble indiquer que quand la prostration ne coïncide pas avec d'autres symptômes graves, elle n'est pas un état aussi redoutable qu'on pourrait le croire au premier abord, alors même qu'elle est portée au plus haut degré.

L'*épistaxis* ne mit en péril, par son abondance, les jours d'aucun des sujets dont j'ai recueilli l'histoire. La proportion des cas dans lesquels elle s'est développée peu après le début, ou celle de ses retours chez le même sujet, fut à peu près la même dans les cas graves qui se sont terminés par le retour à la santé, et dans ceux qui sont relatifs à des sujets qui ont succombé; de manière que ce symptôme est, jusqu'ici, sans importance pour le pronostic.

La *surdité* fut extrême et de longue durée, dans les cas graves terminés par la mort ou par le retour à la santé, dans une proportion presque égale. Et si les faits ne permettent pas de la considérer comme un symptôme d'un heureux présage, ainsi que l'ont fait quelques médecins, il faut aussi reconnaître qu'elle n'ajoute pas d'une manière évidente à la gravité du pronostic, même du pronostic considéré d'une manière générale; encore qu'aucun des sujets dont l'affection fut légère, n'ait eu l'oreille très dure.

Les *bourdonnements d'oreilles* ont encore moins d'importance que la surdité, relativement au pronostic ; car, si j'en juge d'après les faits que j'ai recueillis, ils sont moins fréquents dans les cas graves, chez les sujets qui ont succombé, que chez ceux qui ont guéri ; et leur proportion, au début de la maladie, paraît être la même dans ces deux ordres de sujets.

L'*injection des yeux* fut seulement un peu moins fréquente dans les cas graves terminés par le retour à la santé, que dans ceux dont la terminaison a été fâcheuse, et dont j'ai recueilli l'histoire. L'analyse d'un plus grand nombre de faits conduirait sans doute au même résultat ; de manière que l'injection des yeux ne paraît pas devoir venir en aide au pronostic. — Il en est tout autrement du trouble *permanent de la vue*, dans le repos du lit ; car je l'ai observé dans la septième partie des cas terminés d'une manière fâcheuse, et seulement dans la vingt-troisième partie de ceux qui ont guéri, après avoir éprouvé des symptômes graves.

Les *sudamina* eurent lieu dans la même proportion chez les sujets dont l'affection fut grave, quelle qu'en ait été la terminaison, et chez ceux qui n'éprouvèrent que de légers symptômes ; en sorte que, de leur présence ou de leur absence, on ne peut rien conclure pour le pronostic. Mais les *sudamina* ne furent larges et nombreux, que dans les cas graves, les seuls aussi dans lesquels on put enlever l'épiderme dans l'intervalle de ces petites vésicules, par un très léger frottement. Ces cas, à la vérité, étaient dans la même proportion chez les individus qui succombèrent et chez ceux qui guérirent ; de manière que s'ils indiquent, considérés en général, un cas grave, on ne peut rien en conclure pour un malade en particulier, du moins rigoureusement.

J'ai observé l'*erysipèle* dans un des trente cas où l'affec-

tion fut légère, un peu plus souvent chez ceux qui guérirent après avoir éprouvé des symptômes graves, beaucoup plus souvent encore chez ceux qui succombèrent ; en sorte que la vingtième partie des uns et la huitième partie des autres éprouvèrent ce symptôme, et que s'il doit rendre le pronostic grave, envisagé d'une manière générale, on ne peut rien en conclure dans un cas particulier. D'un autre côté, l'érysipèle ne fut pas toujours grave et de longue durée chez les sujets qui succombèrent ; en sorte que sa bénignité et sa prompte disparition ne peuvent pas rassurer sur le danger de la maladie.

S'il est vrai de dire que le *pouls* est généralement moins accéléré chez les individus qui guérissent que chez ceux qui succombent ; qu'ainsi une médiocre accélération du pouls est favorable au pronostic de l'affection typhoïde, envisagée d'une manière générale ; il est également vrai que la connaissance de ce fait n'est pas d'une grande ressource dans les cas particuliers, puisqu'on voit des malades guérir après avoir eu le pouls très accéléré (140 pulsations par minute) ; tandis que, d'autre part, on en voit succomber après avoir eu le pouls très peu accéléré dans les huit et quinze derniers jours de l'existence. Huit des malades que j'ai observés étaient dans ce cas (80 à 90 pulsations par minute).

Les autres caractères du pouls ont un peu plus d'importance sous le point de vue qui nous occupe. Ainsi, le pouls fut étroit, serré, chez la moitié des sujets qui succombèrent, pendant tout le temps qu'ils furent soumis à mon observation, à compter du huitième jour de la maladie. Il eut le même caractère chez la sixième partie des individus qui guérirent après avoir eu des symptômes graves ; il fut irrégulier, intermittent, chez la neuvième partie des sujets

qui se trouvaient dans cette dernière catégorie, et chez la sixième partie de ceux qui succombèrent.

La courte exposition des faits que je viens de rappeler au lecteur, doit justifier à ses yeux ce que j'ai dit, au commencement de ce chapitre, sur l'incertitude du pronostic dans l'affection typhoïde : car si, envisagé d'une manière générale, abstraction faite des cas particuliers, il existe un certain nombre de symptômes dont l'existence rend nécessairement le pronostic grave, il n'en est plus de même quand on descend des faits généraux aux faits particuliers ; puisque, si l'on fait abstraction de la raideur permanente des membres, de cette espèce de perversion de l'intelligence et des sensations qui fait dire à un malade qui éprouve les accidents les plus graves, qu'il est bien, il n'est aucun symptôme, si redoutable qu'il soit, qu'on ne rencontre quelquefois chez des individus qui guérissent ; de manière que l'existence de l'un de ces symptômes, ou leur réunion en certain nombre, la considération attentive de leur marche et de toutes les circonstances qui les environnent, ne peuvent conduire qu'à des à peu près.

Non-seulement les symptômes dont l'existence peut faire prédire une mort certaine sont rares ; on ne peut, dans l'immense majorité des cas, que donner des probabilités à ce sujet ; mais le pronostic n'est pas moins incertain quand il s'agit de prédire l'issue heureuse de la maladie, dans un cas particulier, même dans les plus légers, dans ceux où le mouvement fébrile et la perte des forces sont peu marqués, quand les sujets sont dans les conditions les plus favorables, sous le rapport de la constitution, des forces, de l'âge, et de tout ce qui concerne l'hygiène ; puisqu'une perforation de l'intestin grêle peut toujours avoir lieu, et emporter le ma-

lade très rapidement. Il est même à remarquer que la perforation de l'iléum est moins rare; au moins cela résulte de mes observations et de celles de plusieurs autres médecins, dans les cas légers que dans les cas graves; en sorte que, si cette perforation était plus fréquente, les cas les plus légers, en apparence, seraient, en réalité, les plus redoutables.

Au reste, en dehors des symptômes qui viennent d'être passés en revue, il existe encore quelques circonstances qu'on ne saurait négliger dans l'étude du pronostic. Ainsi, comme le remarque M. Chomel, quand, après une courte rémission des symptômes de l'affection typhoïde, on voit reparaître les accidents avec plus d'intensité qu'auparavant, le pronostic doit être grave; car l'expérience montre qu'alors la terminaison de la maladie est presque toujours funeste. Deux faits exposés dans cet ouvrage viennent à l'appui de cette assertion; et, naguère encore, j'en ai observé un semblable qui m'a été fourni par une jeune dame de vingt ans. Après avoir éprouvé les symptômes les plus caractéristiques de l'affection typhoïde, elle prenait, depuis six jours, quelques aliments légers, dont la quantité pouvait être évaluée au quart de portion des hôpitaux, quand elle éprouva une émotion morale profonde. Aussitôt la fièvre se rallume, les symptômes les plus graves reparaissent, et, après huit jours, la malade succombe à cette rechute, dont la cause paraît avoir été la même que chez les sujets dont j'ai donné l'histoire.

La *lenteur de l'invasion* serait encore, d'après M. Chomel, une circonstance défavorable à la terminaison heureuse de l'affection typhoïde, et elle rendrait son pronostic fâcheux;

car, sur trente-neuf malades qu'il a observés, et qui étaient dans ce cas, vingt ont succombé, ou près de la moitié ; tandis que sur soixante-treize cas dans lesquels l'affection avait eu une invasion subite, vingt-six seulement, ou un peu plus du tiers, ont eu une terminaison fâcheuse. Les deux groupes de sujets, dont parle M. Chomel, avaient-ils le même âge, terme moyen ?

L'*âge*, en effet, nous l'avons déjà remarqué, a une influence manifeste sur le mode de terminaison de la maladie qui nous occupe ; et, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les résultats de l'observation de M. Chomel sont d'accord avec ceux que j'ai exposés. Le lecteur se rappelle très probablement, en effet, que les six sujets dont j'ai recueilli l'histoire, et qui n'avaient pas vingt ans, ont tous guéri ; et la terminaison de la maladie n'a pas été moins heureuse chez neuf malades observés par M. Chomel à l'Hôtel-Dieu, et qui, tous aussi, n'avaient pas atteint leur vingtième année. J'ajoute que depuis dix ans je n'ai observé, dans les hôpitaux, qu'un fait qui fasse exception à ceux-ci ; en sorte que l'âge doit être considéré comme une des circonstances dont il importe le plus de tenir compte dans le pronostic.

Le pronostic de l'affection typhoïde est généralement moins grave dans l'*enfance* que dans l'âge adulte ou après quinze ans. Et cela ne surprendra personne, si l'on se rappelle ce qui a été dit de la terminaison de la maladie chez les sujets de moins de vingt ans, observés par M. Chomel et par moi ; si l'on n'a pas oublié que la perforation de l'iléum et l'hémorrhagie intestinale sont également rares dans l'enfance. Mais l'incertitude du pronostic est à peu près la même à toutes les époques de la vie quand on l'envisage individuellement.

Ainsi, dit M. Rilliet, les symptômes fournis par les *fonctions digestives* ne peuvent guère servir à établir le pronostic. La diarrhée a été aussi abondante chez les sujets qui ont guéri, que chez ceux qui ont succombé. Cependant, ajoute-t-il, une diarrhée de long cours est d'un mauvais augure chez les jeunes enfants de deux à trois ans; elle les épuise et tend à amener la mort par adynamie.—Les selles involontaires se sont rencontrées plus souvent chez les enfants qui ont succombé que chez ceux qui ont guéri. — Le ballonnement considérable de l'abdomen est un signe très grave; mais une rétraction permanente du ventre, accompagnée d'un mouvement fébrile intense, présente une gravité plus grande encore. — Les taches, les *sudamina*, le gargouillement, ne nous ont jamais paru pouvoir servir utilement le pronostic. — Les vomissements ont été plus fréquents chez les sujets qui ont succombé. L'état de la langue est très variable, quelle que soit la terminaison de la maladie.

Les différents accidents du côté du *système nerveux*, continue M. Rilliet, sont d'une plus grande utilité pour le pronostic. Un délire persistant et intense est un signe très fâcheux : c'est sous cette forme qu'il s'est montré chez deux de nos malades qui ont succombé. — La somnolence a moins de gravité; mais la perte complète des sensations est un signe des plus funestes : nous l'avons observée, la veille de la mort, chez celui de nos malades qui succomba le septième jour. — La carphologie est un symptôme très grave : elle a eu lieu chez trois enfants qui ont succombé, et chez un de ceux qui ont guéri.—La roideur du tronc n'a été mentionnée que dans les cas suivis de mort. — Les soubresauts des tendons sont d'un pronostic moins défavorable; ils ont été très intenses chez un sujet qui a guéri. — L'état des pupilles ne peut nous être d'aucune utilité; leur dilatation ou

leur contraction, qui, du reste, est rare, s'est montrée, dans la même proportion, chez des sujets dont la maladie s'est terminée par la mort ou par le retour à la santé.

Les *eschares au sacrum*, un peu étendues, ne se sont guère montrées que chez les sujets qui ont succombé.

L'intensité du *mouvement fébrile* présente moins de gravité que certains états particuliers du pouls, tels que son irrégularité et sa petitesse : un pouls petit, filant, est d'ordinaire de mauvais augure.

Ainsi, non-seulement l'incertitude du pronostic, dans les cas particuliers, est la même, dans l'*enfance* et après quinze ans ; mais les symptômes qui ont le plus de valeur sous le point de vue du pronostic, dans l'âge adulte et dans l'enfance, sont aussi les mêmes.

CHAPITRE V.

DES CAUSES.

Tandis que les causes de l'entérite sont souvent évidentes, celles de l'affection typhoïde ont été, jusque dans ces derniers temps, un sujet de doute et d'incertitude, au moins pour les hommes qui ne concluent pas légèrement ; et, sur ce point, mes observations ne font guère que confirmer ce que l'expérience a déjà appris sur quelques-unes des circonstances qui favorisent le développement de cette maladie : l'âge, le changement d'habitudes, etc.

ARTICLE PREMIER.

De l'âge.

Les sujets atteints d'affection typhoïde étaient jeunes; ceux qui succombèrent avaient, terme moyen, vingt-trois ans, les autres vingt-un. Parmi les premiers,

14	avaient de	17 à 20 ans,
20	de	20 à 25,
11	de	25 à 30,
5	de	30 à 39 (1).
50		

et parmi les seconds :

31	avaient de	15 1/2 à 20 ans,
39	de	20 à 25,
13	de	25 à 30,
5	de	30 à 39.
88		

La légère différence observée dans l'âge moyen des sujets qui succombèrent et de ceux qui guérirent, ne tient pas au hasard, comme on voit, puisqu'avant l'âge de vingt-cinq ans le nombre des individus qui guérirent est beaucoup plus considérable que celui des sujets qui moururent; tandis qu'au-delà, le nombre des uns et des autres est à peu près le même. En sorte que si la jeunesse est une condition nécessaire au développement de l'affection typhoïde, celle-ci est d'autant moins redoutable que ceux qui l'éprouvent sont moins âgés.

(1) J'ai fait entrer dans ce tableau les faits qui, au premier abord, auraient pu offrir du doute, et que j'ai écartés de l'analyse dans le reste de l'ouvrage.

Aucun des individus au-dessous de dix-sept ans (ils étaient six) n'a péri.

ARTICLE II.

Du sexe.

Le sexe semble, au premier abord, avoir une grande influence sur le développement de la maladie qui nous occupe ; car, sur cent trente-huit sujets qui en ont été affectés, trente-deux seulement, ou moins de la quatrième partie, sont du sexe féminin ; et mes observations ont été recueillies dans des salles dont le nombre de lits était le même pour l'un et l'autre sexe (1).

Mais cette influence, si elle existe, est sans doute bien peu considérable ; vu que le nombre des hommes qui viennent à Paris, et qui ne peuvent rester chez eux quand ils sont malades, est, suivant toutes les apparences, beaucoup plus grand que celui des femmes. Et ce qui fortifie cette manière de voir, c'est que la mortalité était la même chez les deux sexes ; ce qui ne serait probablement pas, si la prédisposition à la maladie était plus considérable chez l'un que chez l'autre.

Les aptitudes de sexe ne paraissent pas non plus démontrées à M. Gendron (de Château-du-Loir), qui remarque que,

(1) La salle Saint-Jean, où j'ai recueilli celles de mes observations qui sont relatives aux hommes, contient vingt-quatre lits ; la salle Saint-Joseph, où se trouvaient les femmes que j'ai observées, en a aussi contenu vingt-quatre, pendant les deux premières années de mes observations. Dans les quatre suivantes, ces lits ont été réduits à vingt-deux ; maiscomme les lits supplémentaires ont été beaucoup plus multipliés dans cette salle que dans l'autre, l'égalité se trouve, en quelque sorte, rétablie, et je ne m'éloigne sans doute que bien peu de la vérité, en disant que j'ai observé dans des salles où le nombre de lits destinés à l'un ou à l'autre sexe était le même.

dans les grandes villes, dans les établissements publics, dans les armées, les hommes fournissent naturellement un plus grand nombre de fiévreux que les femmes; mais que, dans les campagnes, où les femmes se consacrent aux soins des malades, fréquemment elles font les frais de l'épidémie. C'est ainsi, ajoute-t il, qu'au hameau de la Brosse, sur onze dothinentériques, on comptait neuf femmes (1).

ARTICLE III.

Des professions.

J'ai encore recherché si les professions n'avaient pas quelque influence sur le développement de l'affection typhoïde; et, pour cela, j'ai divisé mes malades en ceux dont la profession exige un développement considérable de forces, et en ceux dont le métier ne nécessite pas ce grand développement. Les premiers étaient au nombre de soixante-dix-sept, les autres de cinquante-cinq; différence peu considérable, moins réelle qu'apparente, peut-être, sous le point de vue qui nous occupe, en ce que les ouvriers qui exercent l'une des professions dont il s'agit, ne sont probablement pas également nombreux à Paris, comme on peut le présumer de la grande quantité de maçons et de charpentiers qui y abondent.

Un fait vient à l'appui de ces reflexions : c'est, ainsi que je l'ai remarqué par rapport au sexe, que la mortalité n'a pas différé, d'une manière sensible, chez ces deux ordres de sujets ; en sorte que la maladie eut une terminaison funeste chez dix-huit de ceux dont la profession était peu fatigante, et chez vingt-huit des individus qui étaient dans des circonstances opposées.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1834. Mémoire sur les épidémies des petites localités.

ARTICLE IV.

De la constitution, des peines morales, des excès de travail et de table.

Les sujets atteints d'affection typhoïde étaient généralement d'une coustitution forte. Mais pour savoir si les hommes forts en ont été plus souvent affectés que les faibles, il faudrait connaître la proportion des uns et des autres, parmi ceux qui sont nouvellement arrivés à Paris, ce qu'on ignore. Toutefois, comme la mortalité fut la même chez les forts et chez les faibles, proportion gardée, on peut présumer que l'affection typhoïde n'est pas plus fréquente chez les premiers que chez les seconds.

Les faits que j'ai recueillis ne me conduisent pas non plus à mettre les excès de travail, les peines et les chagrins de toute espèce, au nombre des causes de l'affection typhoïde; vu que la septième partie seulement des sujets qui ont guéri, ou de ceux qni ont succombé, eurent des chagrins plus ou moins profonds, ou travaillèrent outre mesure, pendant un certain temps; et qu'il n'est pas possible de savoir si ces individus, qui étaient, d'ailleurs, dans les mêmes circonstances d'âge et de lieu que les autres, auraient ou n'auraient pas éprouvé l'affection typhoïde, s'ils eussent été exempts de peine, ou modérés dans leur travail.

Le séjour dans des lieux bas et habités par un trop grand nombre de personnes, pendant la nuit, ne peut pas non plus figurer parmi les causes dont il s'agit; la dix-huitième partie seulement des sujets dont il s'agit était dans ce cas.

Un même nombre de malades faisait de temps à autre quelques excès de vin; mais ces excès ne précédèrent immédiatement les symptômes de l'affection, ou de deux ou trois jours, dans aucun cas.

ARTICLE V.

Changement d'habitudes.

A quelques exceptions près, que je vais indiquer, les individus atteints d'affection typhoïde étaient à Paris depuis peu de temps; ceux qui ont guéri, terme moyen, depuis quatorze mois; ceux qui ont succombé, depuis onze. D'où il faut conclure que si Paris et le genre de vie qu'on y mène sont favorables au développement de l'affection typhoïde, cette maladie offre d'autant moins de dangers que le séjour, dans cette ville, est moins récent.

Les tableaux suivants sont la preuve détaillée de ce qui précède.

Parmi les sujets qui ont succombé,

10	étaient à Paris depuis 2 à 3 semaines,
8	depuis 3 à 5 mois,
10	depuis 6 à 10,
9	depuis 11 à 20,
5	depuis 20 à 30,
2	depuis 4 à 8 ans.
44	

Et parmi ceux qui ont guéri :

7	étaient à Paris depuis 2 semaines	à 3 mois,
19	dequis 3 mois	à 5,
19	depuis 6	à 10,
20	depuis 11	à 20,
12	depuis 20	à 30,
1	depuis 30	à 40,
7	depuis 3	à 8 ans.
85		

C'est-à-dire que, de soixante-treize sujets atteints d'affection typhoïde, et à Paris depuis un espace de temps qui a

varié de deux semaines à dix mois, vingt-huit, ou plus du tiers, ont succombé ; tandis que, sur cinquante-six qui s'y trouvaient depuis plus de temps, seize, ou moins de la troisième partie, et de beaucoup, étaient dans ce cas.

Trois des malades qui ont guéri et un de ceux qui ont succombé étaient à Paris depuis l'enfance.

On sent d'ailleurs qu'il faudrait, pour que ces nombres fussent l'expression d'une loi, que toutes les classes d'ouvriers de Paris, tous les âges, se fissent soigner, dans la même proportion, dans les hôpitaux ; ce qui n'est pas entièrement vrai, un assez grand nombre de ceux qui y sont établis depuis plusieurs années recevant des soins en ville. Mais, en tenant compte de ce fait, il n'en est pas moins incontestable que l'affection typhoïde est beaucoup plus fréquente à Paris, parmi les personnes de la classe ouvrière, dans l'âge adulte, chez les nouveau-venus, que chez ceux qui l'habitent depuis longtemps.

Mais à quelle circonstance, à quelle cause, attribuer cette différence ?

Si parmi les gens de la classe ouvrière qui viennent travailler à Paris pendant l'été, ou qui l'habitent une partie de l'année seulement, il en est qui se livrent à des excès ou se nourrissent mal, ou passent les jours et les nuits dans des lieux trop resserrés ; il est vrai de dire, comme on l'a vu tout à l'heure, que ce n'est pas le plus grand nombre, à beaucoup près ; en sorte que ces circonstances ne peuvent pas avoir eu beaucoup d'influence sur le développement de l'affection typhoïde des malades dont j'ai analysé l'histoire : d'autant plus que, pour la plupart, ils étaient forts, d'une bonne constitution, avaient les chairs fermes, une coloration normale, un embonpoint convenable, au moment où ils se sont

offerts à mon observation ; qu'ils se trouvaient, ainsi, dans un état qui éloignait toute idée de dépérissement, ou d'action prolongée d'une cause délétère, capable d'exercer une influence quelconque sur la nutrition.

Cependant les médecins font généralement jouer un grand rôle aux circonstances qui viennent d'être rappelées, dans le développement de l'affection typhoïde, à la *mauvaise nourriture* en particulier.

Tout en reconnaissant l'influence, nécessairement pernicieuse, d'une alimentation de mauvaise qualité sur la santé et sur le développement de nos maladies, en général, rien ne me semble prouver incontestablement que cette influence soit plus marquée pour l'affection typhoïde que pour toute autre, pas même ce qui a lieu à la suite des armées, où tant de causes d'insalubrité se trouvent accumulées : les intempéries, les privations, les excès de toute espèce ; et, pour les blessés et les autres malades, l'accumulation d'un grand nombre d'entre eux dans un même lieu. Car comment démêler, au milieu de tant de causes de maladies, celles qui favorisent plus particulièrement le développement de l'affection qui nous occupe ? On a cru, il est vrai, dans ces derniers temps, avoir démontré cette influence par des expériences faites sur les animaux vivants ; mais ces expériences, celles de M. Gaspard en particulier, quelqu'intéressantes quelles soient, ne prouvent rien, à mon avis, relativement à l'objet qui nous occupe. Tout ce qu'elles apprennent, c'est, il me semble, que les substances putrides, introduites, pendant la vie, dans les voies circulatoires, chez les animaux, donnent lieu à beaucoup de symptômes graves, qu'on rencontre dans un grand nombre de maladies aiguës, quels qu'en soient la cause et le siége ; et, qu'après la mort, qui suit l'introduction des substances putrides dans les veines,

on observe des congestions variées, tantôt dans un organe, tantôt dans un autre, dans l'intestin grêle moins souvent que dans le duodénum, ou dans le rectum. Et que peut-on conclure, de ces faits, je ledemande, relativement à l'influence d'une mauvaise alimentation sur le développement de l'affection typhoïde?

Si l'on a pu donner quelqu'attention aux expériences de M. Gaspard, relativement au sujet qui nous occupe, ce ne peut être que par suite de l'erreur, plusieurs fois signalée dans le cours de cet ouvrage, qui a fait confondre, avec les symptômes caractériques de l'affection typhoïde, ceux qui lui sont communs, à une certaine période, avec beaucoup d'autres maladies aiguës, accompagnées, comme elle, d'un mouvement fébrile plus ou moins violent, quand, surtout, leur terminaison doit être fâcheuse. D'ailleurs, comment comparer l'action d'une cause qui agit d'une manière violente, comme dans les expériences de M. Gaspard, avec l'action d'une cause qui agit lentement, comme une alimentation de mauvaise qualité? Encore, si après avoir nourri, pendant un ou plusieurs mois, des animaux avec des substances demi-putrides, ou avec un mélange de celles-ci et de substances de bonne qualité, on eût observé un ensemble de symptômes comparables, jusqu'à un certain point, à ceux qui caractérisent l'affection typhoïde; si, à l'ouverture des cadavres des animaux qui auraient succombé, on eût trouvé des lésions semblables à celles qui ont lieu chez l'homme, et quelquefois bornées à l'iléum; si ces faits eussent été constatés rigoureusement, on aurait pu concevoir quelque soupçon sur la part que peut avoir une mauvaise alimentation dans le développement de l'affection typhoïde. Mais on a procédé d'une manière inverse; les symptômes et les lésions trouvées à l'ouverture des cadavres ne ressemblent en rien à ceux qui

caractérisent l'affection typhoïde; et l'on ne saurait trop s'étonner des conséquences déduites des expériences de M. Gaspard, sur la part que peut avoir l'alimentation dans le développement de l'affection typhoïde.

Un fait, en apparence beaucoup plus concluant que les expériences de M. Gaspard, a été recueilli par M. Leteneur, à l'hôpital Saint-Louis, et déposé, par lui, dans les archives de la Société médicale d'observation. Je vais le faire connaître, en en supprimant quelques détails de peu d'importance pour l'objet en question.

LIVe OBSERVATION *bis*.

Usage d'une eau putride, dans laquelle avait macéré, pendant quelque temps, une certaine quantité de paille hachée. Bientôt développement des symptômes les plus caristiques de l'affection typhoïde; et, après la mort, altération profonde des plaques de Peyer, etc.

Un ménuisier, âgé de vingt-un ans, ayant les cheveux et les yeux noirs, une constitution forte, des muscles énergiques et saillants, une taille assez élevée, fut admis, le 2 septembre 1837, à l'hôpital Saint-Louis, dans la division de M. Biett, dont M. Leteneur était alors interne. Il accusait cinq jours de maladie, et habitait Paris depuis quinze mois. On apprit de ses camarades, qui l'avaient conduit à l'hôpital (il y eut du délire peu après son arrivée), qu'il était généralement sobre, qu'il ne faisait pas d'excès de vin, qu'il prenait une bonne nourriture, habitait une chambre bien aérée, au quatrième étage, dans le passage Brady; qu'il travaillait dans un atelier vaste, exposé au midi. Ordinairement bien portant, il avait néanmoins, depuis seize mois, un écoulement blennorrhagique très opiniâtre, qui avait résisté à l'action du temps et de beaucoup de moyens

employés pour le combattre ; et il prenait, au moment où il tomba malade, deux fois le jour, matin et soir, un verre d'une eau dans laquelle avait macéré, pendant dix à onze jours, une certaine quantité de paille hachée. Il en avait bu quatre litres, au dire de ses camarades, quand les premiers symptômes de la maladie se développèrent, et alors l'écoulement avait presque disparu. Suivant les mêmes personnes, ce qui restait de l'eau que le malade prenait journellement, avait une odeur si infecte, qu'il fut impossible de la faire disparaître complétement du vase où avait eu lieu la macération, par des lavages répétés à l'eau froide et à l'eau chaude.

Le 27 août, après avoir pris, comme à l'ordinaire, un verre de l'eau dont il s'agit, le malade se dirigea sur Versailles, où il passa la journée avec quelques amis, sans y faire d'excès d'aucune espèce; et, à son retour, dans la soirée, il eut des frissons qui reparurent encore le lendemain, d'une manière irrégulière, accompagnés de diarrhée, de diminution des forces, sans néanmoins que le malade fut dans l'obligation de quitter son travail. Mais le lendemain 29, à deux heures de l'après-midi, la faiblesse augmentant, il dut quitter son atelier, et il alla immédiatement prendre un bain, après lequel il but un bouillon, qui fut immédiatement suivi d'une douleur lombaire intense, laquelle persista plusieurs jours de suite. Le 30, aux symptômes précédents s'ajoutèrent, toujours au dire des camarades, une céphalalgie intense et la perte complète de l'appétit. Le 1er septembre, le malade vint à l'hôpital Saint-Louis, à pied, soutenu par ses camarades, dans l'intention d'y prendre un lit ; mais n'ayant pu y être reçu, il retourna chez lui de la même manière, et revint, le lendemain, en voiture, au même hôpital où il fut admis.

Le 3 septembre, septième jour commençant de la maladie : décubitus dorsal, visage rouge, céphalalgie universelle, réponses assez justes aux questions ; mais délire, agitation, dès qu'on cesse d'interroger le malade, qui veut alors sortir du lit, parle de poisons, de poignards, d'assassins ; la sensibilité de la peau est normale, la chaleur sèche et un peu élevée, le pouls assez facile à déprimer, à soixante-quinze par minute ; le bruit respiratoire est pur, la percussion de la poitrine n'offre rien de remarquable ; les lèvres et la langue sont sèches, sans être fuligineuses, l'appétit est nul, la soif médiocre, le ventre ballonné, un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, où existe du gargouillement, l'urine facile. Il n'existe pas de taches roses, lenticulaires, et les selles, qui ont été fréquentes depuis le début, sont nulles depuis la veille. (*Mauv. édul. avec le sir. de gom.*, *une bout. d'eau de Sedlitz*, *catapl.*, *sinap. aux jambes.*)

L'agitation diminua un peu dans la soirée, pour reparaître, la nuit, avec le délire, plus considérable que la veille ; en sorte qu'on fut obligé d'en venir au gilet de force.

Le 4, au moment de la visite, le délire continuait, et il était impossible d'obtenir une réponse quelconque du malade, qui avait la figure rouge, une moiteur universelle, les yeux cernés, les pupilles dilatées et peu contractiles, les lèvres et la langue toujours sèches, le ventre ballonné, un peu plus de gargouillement dans la fosse iliaque droite que la veille. La pression, dans cette partie, excitait des cris ; l'urine et les selles étaient involontaires. La percussion était un peu plus sonore à gauche de la poitrine qu'à droite, où l'on entendait un râle sibilant. D'ailleurs, ni toux, ni expectoration. (*Id.*)

Le 5, les selles et l'urine restaient involontaires, le ven-

tre avait cessé d'être ballonné, le délire persistait, la figure était rouge, les pupilles dilatées et immobiles, la peau sèche, le pouls fort, à cent dix ; il n'y avait ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina*. (*Saignée de 5 palettes.*)

L'agitation rendit la saignée difficile, et l'on ne put tirer que trois palettes de sang. Bientôt, néanmoins, cette agitation diminua, et elle fut remplacée, le soir, par un état comateux. Alors, en effet, le malade était tout à fait étranger à ce qui l'environnait, il était dans une immobilité complète, et ses membres, abandonnés à eux-mêmes, retombaient comme paralysés. Les urines étaient toujours involontaires.

Le 6, au matin, le sang de la saignée offrait un caillot mou, sans couenne, entouré d'une grande quantité de sérosité; le malade était immobile, couché sur le dos, avait les paupières closes et les pupilles contractées; les muscles de la face étaient agités de mouvements spasmodiques presque continuels, qui semblaient augmenter quand on faisait des questions au malade, dont les lèvres, la langue et les dents étaient sèches, comme à l'ordinaire ; la fosse iliaque droite paraissait un peu sensible à la pression, l'abdomen était un peu météorisé; la peau chaude et humide, sans taches roses, lenticulaires, sans *sudamina* ; le pouls à cent dix ; la respiration à cinquante par minute; le murmure respiratoire était exagéré et mêlé de râle sifflant, en arrière, à droite et à gauche. Les bras étaient roides et rapprochés du tronc, sans offrir de soubresants; la narine droite présentait des traces d'épistaxis. (*Saignée de 4 palettes, 30 sangsues dans la fosse iliaque droite; suppression des cataplasmes sinapisés qui avaient été appliqués, une fois le jour, aux membres inférieurs, depuis l'entrée du malade à l'hôpital, à raison de la rougeur de la peau dans ce point.*)

On ne put tirer que 30 grammes de sang au malade, et ce sang était encore liquide dans la soirée. Après la chûte des sangsues, à dix heures du matin, la respiration s'embarrassa, devint stertoreuse, et le malade mourut le même jour, sans avoir présenté de nouveaux symptômes remarquables.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE, QUARANTE HEURES APRÈS LA MORT, PAR UN TEMPS FRAIS.

État extérieur. Aucune trace de putréfaction, roideur cadavérique très prononcée; muscles non poisseux, d'une couleur naturelle.

Tête. Petite quantité de sérosité dans les ventricules latéraux; pie-mère, cerveau et cervelet, d'une fermeté normale, parfaitement sains.

Poitrine. Cœur peu volumineux et mou, facile à déchirer, contenant une médiocre quantité de sang liquide, semblable à celui de l'aorte dont les parois étaient pâles. — Poumons dans l'état naturel, à part un léger engoûment du lobe inférieur droit, et quelque peu d'emphysème vésiculaire, au bord tranchant de l'un et de l'autre, supérieurement.

Abdomen. Un peu de sérosité limpide était épanchée dans le péritoine, qui n'offrait rien autre chose de remarquable. — La membrane muqueuse de l'estomac était grisâtre, d'ailleurs saine. Il en était de même de celle du duodénum et de l'intestin grêle, jusqu'à trois mètres de la valvule iléocœcale. Mais on trouvait, dans cette dernière partie, à l'opposite du mésentère, un grand nombre de plaques ovalaires, ulcérées, jaunes à leur surface, ayant pour fond une matière homogène, infiltrée dans le tissu cellulaire sous-muqueux, colorée par la bile, à sa surface libre. Ces ulcérations avaient des bords saillants, et, dans le dernier mètre voisin du cœcum, elles étaient plus rapprochées

qu'ailleurs ; de manière à n'être séparées les unes des autres, que par des espaces de dix à douze millimètres. Entre ces dernières ulcérations la membrane muqueuse était rouge, tandis qu'elle n'offrait rien de remarquable entre les premières. — Le gros intestin était très météorisé, et sa membrane muqueuse dans l'état naturel. — Les glandes mésentériques étaient très volumineuses, rouges et ramollies. La rate, dont le volume était augmenté, était ramollie au point qu'on pouvait à peine la tenir par une extrémité, sans la rompre. — Les autres viscères et le canal de l'urètre lui-même n'offraient rien de remarquable.

Les symptômes éprouvés par le sujet qui nous occupe, et les lésions trouvées à l'ouverture de son corps, sont assurément bien faits pour exciter l'attention ; non, à la vérité, qu'on doive en conclure que l'affection typhoïde ait été, dans le cas actuel, la suite d'une mauvaise alimentation. Il semblerait plus logique, au contraire, de n'admettre ici qu'une simple coïncidence, puisque les symptômes aussi bien que les lésions observées lors de l'autopsie cadavérique, étaient les mêmes que ceux qu'on observe chez des sujets qui se trouvent dans les meilleures conditions hygiéniques ; dont les aliments, en particulier, ont toujours été de la meilleure qualité. On sent, d'ailleurs, que l'eau croupie, conseillée au malade, aurait un peu moins de vogue chez les gens de la classe ouvrière, si son usage était fréquemment et promptement suivi d'effets aussi graves que ceux qui ont eu lieu chez le sujet dont il s'agit ; en sorte, comme je le disais tout à l'heure, qu'il n'y a probablement eu ici qu'une simple coïncidence. Comment, d'ailleurs, tirer quelque conclusion générale d'un fait particulier, quand la relation de cause à effet n'est pas évidente et nécessaire,

en quelque sorte. Sans doute, comme je l'ai déjà remarqué, une alimentation de mauvaise qualité, et l'usage des substances à demi putréfiées, doivent avoir, en définitive, après un temps plus ou moins considérable, une influence fâcheuse sur la santé; et, à une époque où l'affection typhoïde ne rappellait aux médecins que des idées de putridité, on a pu facilement admettre l'influence d'une mauvaise alimentation sur la production de cette maladie. Mais aujourd'hui que ces idées sont très modifiées, on peut, sans nier cette influence, se demander dans quelles limites elle s'exerce; si elle est beaucoup plus favorable au développement de l'affection typhoïde qu'à celui de toute autre maladie aiguë; si elle agit comme cause prédisposante ou comme cause occasionnelle, et quelles sont les conditions qui en favorisent l'action. Car il ne faut pas oublier que l'affection typhoïde n'est pas une maladie de tous les âges, qu'on ne l'observe pas au-delà de cinquante ans, qu'il est même bien rare de l'observer à cette époque de la vie; bien qu'on puisse admettre, sans crainte d'erreur, que plus l'homme avance en âge, plus, dans la classe ouvrière du moins, ses aliments laissent à désirer. Le problème relatif à l'effet d'une mauvaise alimentation sur le développement de l'affection typhoïde, n'est donc pas aussi facile à résoudre qu'on aurait pu le croire au premier abord, et les faits que je vais exposer, relativement à la contagion, me semblent devoir encore reculer la solution du problème, en la rendant plus complexe et plus difficile.

ARTICLE VI.

De la contagion.

L'affection typhoïde est-elle contagieuse? La réponse à cette question se trouve dans les faits que la science possède; et il me suffira d'en rappeler quelques-uns pour en convaincre le lecteur.

Au mois d'octobre 1828, quelques jours avant la publication de mes Recherches sur l'affection typhoïde, M. Leuret, dont le nom rappelle de grands services rendus à la science, faisait connaître, par des faits suffisamment détaillés, une maladie qui lui avait offert tous les caractères de l'affection typhoïde pendant la vie comme après la mort de ceux qui y avaient succombé, et qui s'était développée successivement, chez des personnes qui avaient communiqué avec d'autres qui en étaient atteintes, ou qui leur avaient donné des soins, dans les hôpitaux ou dans des maisons particulières; alors même que leurs habitations n'offraient pas de cause d'insalubrité.

Avant cette époque, et depuis quelques années (1), M. Bretonneau avait vu l'affection, à laquelle il a donné le nom de *dothinentérie*, passer d'un village où elle régnait, dans un autre où elle n'existait pas, après l'arrivée, dans celui-ci, d'une personne qui avait séjourné, un espace de temps plus ou moins considérable, dans le premier. Et le même médecin affirmait (séance de l'Académie royale de médecine, 1829) que si la dothinentérie ne paraissait pas aussi évidemment contagieuse à Paris que dans les provinces, c'est que la trace dela contagion est difficile à saisir, et s'efface promptement dans les grandes villes; que d'ailleurs elle était favo-

(1) Cette circonstance est indiquée dans le Mémoire de M. Trousseau sur la dothinentérie, publié en 1826, (*Archives de médecine*, Tome X, pag. 166 et suiv.).

risée dans les villages par les rapports plus intimes des habitants, et à raison de l'agglomération des familles.

Plus tard, dans son beau Mémoire sur les épidémies des petites localités (1), M. Gendron, de Château-du-Loir, montrait, par l'exposition de faits nombreux, observés par lui, la dothinentérie atteignant successivement tous ou presque tous les habitants d'une même maison, après l'arrivée, dans celle-ci, d'une personne qui avait séjourné dans un village ou dans une commune où elle avait eu des relations avec des malades atteints de la même affection. Il racontait aussi que, dans les mêmes circonstances, après l'arrivée d'une personne malade dans un village, la dothinentérie s'était répandue de proche en proche dans les différentes maisons qui le composaient, quand il y avait eu des communications plus ou moins multipliées entre leurs habitants; que les personnes les plus constamment et les premières atteintes étaient celles qui avaient donné les soins les plus assidus aux malades; et, des faits nombreux et bien observés qu'il avait exposés, il concluait :

Que la dothinentérie se transmet de quatre manières différentes :

1° Directement et immédiatement, par le contact des malades, ou médiatement, par le séjour dans leur atmosphère.

2° Indirectement, à la suite de rapports médiats avec les individus qui approchent les malades, ou de rapports immédiats avec les effets qui ont servi aux dothinentériques.

3° Que ces quatre modes sont, quant à la fréquence, dans une proportion successivement décroissante.

4° Que les épidémies de fièvre typhoïde ont souvent pour origine l'importation de la maladie ; que lorsque l'importation n'est pas constatée, l'ordre si constant de la propagation

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1854.

des premiers malades à leurs gardes, établit la vérité de ce principe : l'épidémie est l'effet et non la cause de la contagion.

5° Que la contagion agit en raison de la fréquence des communications et du nombre des malades, indépendamment de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitations.

6° Que partout où une épidémie de dothinentérie avait reparu, il a été prouvé que cette recrudescence ne pouvait pas être attribuée à une insalubrité locale; qu'elle n'était point un effet épidémique, mais le résultat d'une nouvelle importation, ou de communications suspectes.

7° Qu'une dothinentérie isolée peut se propager, même quand tout porte à croire qu'elle a été spontanée.

8° Que cette maladie a une époque où elle est surtout contagieuse; que les convalescents peuvent la propager.

9° Que les immunités ne prouvent rien contre la contagion; qu'elles sont l'effet d'inaptitudes acquises, ou inexplicables et passagères.

L'immunité acquise par une première attaque de dothinentérie est surtout remarquable dans les faits cités par M. Gendron, faits que je m'empresse de citer, parce qu'ils sont aussi la preuve du caractère contagieux de l'affection typhoïde.

Ainsi, dit M. Gendron : 1° Trois journaliers contractèrent la maladie chez la veuve Rousseau; deux la communiquèrent à leur famille; le troisième ne la propagea pas : il fut soigné par sa femme, qui avait eu cette maladie quelques années auparavant.

2° Un domestique de Contereau transmit la fièvre typhoïde à sa sœur, à la nièce de ses maîtres; et ces derniers l'approchèrent sans danger. Ils avaient eu l'affection typhoïde quatre années avant lui.

3° Au Petit-Gênes, Juniet fils infecte tous ceux qui lui

donnent des soins, excepté son père et sa mère. Tous deux avaient eu, précédemment, la dothinentérie; le mari vingt ans, la femme deux ans avant l'épidémie, dont ce même fils est le point de départ.

4° En 1829, la même maladie est importée dans une nouvelle famille du Petit-Gênes, et ne va pas au-delà, malgré les visites des habitants du hameau, déjà frappé une fois.

5° A huit années de distance, deux épidémies affligent Coëmont, et la deuxième respecte tous ceux que n'a pas respectés la première.

Ces faits sont assurément d'une importance et d'un intérêt bien grands, puisqu'ils montrent, comme je le disais en commençant, deux choses : d'une part, l'effet préservatif d'une première attaque; d'autre part, la faculté de la maladie de se propager par contagion; car elle ne se développait que chez ceux qui donnaient des soins aux malades, quand, d'ailleurs, ils n'avaient pas été atteints de l'affection auparavant.

Mais la maladie observée et décrite par MM. Bretonneau, Leuret et Gendron, soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique, était incontestablement l'affection typhoïde; puisque la lésion qui la caractérise anatomiquement a été constamment trouvée chez ceux qui ont succombé : il faut donc reconnaître que l'affection typhoïde est contagieuse, au moins dans les départements.

D'ailleurs, ce qu'ont observé MM. Leuret, Bretonneau et Gendron, l'a été, depuis, par beaucoup d'autres médecins. Et assez récemment, M. le docteur Putégnat a rapporté qu'après une visite faite à une personne qui revenait d'un village où régnait la fièvre typhoïde, une femme fut atteinte de cette affection, et, peu de jours après, son mari et leurs

six enfants. Une seule personne échappa ; elle était âgée de quatre-vingt-deux ans (1). M. Putegnat rapporte encore d'autres faits semblables qui ne laissent aucun doute sur le caractère contagieux de la maladie.

Il n'est pas, d'ailleurs, comme l'observe M. Gendron, de contagion infaillible, qui attaque, sans exception, tous ceux qui s'y exposent; et ce médecin cite beaucoup d'exemples d'immunité remarquable, relatifs à des personnes qui ont fréquenté, sans inconvénient, soit en leur donnant des soins, soit autrement, des malades atteints d'affection typhoïde.

Cependant, et bien que les faits rappelés dans cet article aient été admis par tout le monde, ils ont causé un certain étonnement à Paris, où le caractère contagieux de l'affection typhoïde, dans les hôpitaux ou ailleurs, n'est pas facile à constater; de manière que ce caractère est bien loin d'être généralement admis. Dans les hôpitaux de la capitale, en effet, on ne voit pas, comme l'observe M. Andral, que la maladie passe de celui qui l'apporte du dehors à celui qui est couché dans le lit voisin. Hors des hôpitaux, les circonstances les plus favorables à la contagion semblent réunies chez les élèves en médecine qui soignent leurs camarades atteints d'affection typhoïde : renfermés dans des chambres ordinairement peu spacieuses, ils leur prodiguent les soins les plus assidus; si la maladie était contagieuse, dit le même médecin, presque tous devraient la contracter; et cependant, ajoute-t-il, nous ne nous rappelons pas avoir vu la maladie naître une seule fois de cette manière, chez un individu sain.

A cela MM. Bretonneau et Gendron répondent, comme je l'ai déjà indiqué, que si la fièvre typhoïde ne paraît pas contagieuse à Paris, c'est que la trace de la contagion est difficile à saisir, et s'efface promptement dans les grandes villes.

(1) *Gazette médicale*, 1837.

Et cela est tellement vrai, que si la variole, la scarlatine, la rougeole n'étaient pas aussi incontestablement contagieuses, on pourrait en douter en se bornant à la pratique des hôpitaux *d'adultes*, où il est bien rare de pouvoir s'assurer que tel individu, atteint de l'une de ces maladies, a communiqué directement ou indirectement avec une personne atteinte de la même affection. Il est encore d'observation qu'il est assez rare de voir les maladies contagieuses, la rougeole par exemple, se propager de lit en lit dans les mêmes hôpitaux. Mais si l'on peut s'expliquer ce fait en admettant que les malades reçus dans ces établissements, ont eu, pour la plupart, la rougeole avant d'y entrer ; cela n'est pas moins vrai, dans une certaine mesure, pour l'affection typhoïde, dont tant d'enfants, en très bas âge, sont atteints ; de manière que les objections que j'examine n'ont pas toute la valeur qu'on est tenté de leur accorder au premier abord.

A la vérité, hors des hôpitaux, quand, dans une même famille, plusieurs personnes n'ont pas eu la rougeole, et que l'une d'elles en est atteinte, les autres ne tardent pas à l'avoir, même en évitant les communications directes ; ce qui n'a pas lieu pour l'affection typhoïde. Mais d'abord on conviendra que la rougeole est une maladie bien plus facile à reconnaître que l'affection typhoïde ; et comme beaucoup de personnes, jeunes encore, qui soignent des malades atteints de cette affection, l'ont eue dans leur enfance, sans qu'on s'en doutât ; les chances de contagion s'en trouvent diminuées proportionnellement ; et tel individu qui ne gagne pas la maladie, peut devoir cette immunité, non à ce qu'elle n'est pas contagieuse, mais à ce qu'il l'a eue une première fois : et alors le parallèle que j'établis ne prouve rigoureusement rien, si ce n'est que la rougeole est beaucoup plus contagieuse que l'affection typhoïde ; ce dont per-

sonne ne doute, pas même ceux qui croient le plus fermement à la faculté contagieuse de cette dernière maladie.

Quant à l'objection tirée des étudiants en médecine qui soignent leurs camarades atteints d'affection typhoïde, impunément, on peut dire, avec MM. Bretonneau et Gendron, que ces étudiants se relèvent, qu'ils ne se trouvent pas, à beaucoup près, dans des conditions aussi défavorables que les habitants de la campagne qui sont souvent réunis dans une seule chambre, logés dans des maisons peu spacieuses, mal aérées, mal éclairées. Les rapports des paysans entre eux sont très fréquents, et les chances de contagion, multipliées, dès qu'ils ont un seul malade. L'air de leur appartement, peu renouvelé, doit être plus imprégné de poison, quel qu'il soit. Aussi, les ouvriers qui travaillent au dehors, pendant la journée, contractent moins vite l'affection que ceux qui font l'office de garde-malade.

D'ailleurs, s'il est vrai de dire que l'affection typhoïde se montre rarement dans les hôpitaux de Paris consacrés aux adultes, chez les sujets qui y sont entrés pour d'autres maladies ; elle s'y développe cependant quelquefois. J'en ai été témoin à l'hôpital de la Pitié, chez un sujet ; et, au commencement de l'année dernière, j'ai observé deux cas semblables à l'Hôtel-Dieu, dans l'espace de deux mois, chez des individus de moins de trente ans, dont l'un avait une maladie organique du cœur. Et ces faits, qui n'ont pas de valeur au premier abord, sont néanmoins très concluants relativement à l'objet qui nous occupe : car les deux cas d'affection typhoïde développés à l'Hôtel-Dieu, dans l'espace de deux mois, ont été observés à une époque où cette maladie, à raison du nombre d'individus qui en étaient atteints et qui se trouvaient dans ma division, pouvait être considérée comme vraiment épidémique ; ce qui n'avait pas eu lieu de-

puis dix ans. En sorte que, si l'on pouvait tirer de faits si peu nombreux une conclusion générale, on devrait admettre que les cas d'affection typhoïde qui se développent dans les hôpitaux de Paris, sont proportionnés au nombre des individus qui y sont admis pour cette maladie, dans un temps donné ; ce qui s'expliquerait mieux dans l'hypothèse de la contagion que dans toute autre.

Le nombre des ouvriers ou des étudiants récemment arrivés à Paris, et qui sont atteints de l'affection typhoïde, parle encore en faveur du caractère contagieux de cette maladie. En admettant, en effet, que l'affection typhoïde soit contagieuse, comme elle n'existe pas constamment dans les hameaux ou dans les villages, on conçoit, sans peine, que des jeunes gens arrivant dans une ville où cette affection règne constamment à divers degrés, la contractent en plus ou moins grand nombre par suite des rapports directs ou indirects qu'ils ont avec les malades ; surtout par suite des rapports indirects, puisque, d'après les faits recueillis par M. Bretonneau et par M. Gendron, il suffit de coucher dans une chambre habitée, pendant quelque temps, par un dothinentérique, pour contracter la maladie dont celui-ci était atteint. Et, ajoute M. Bretonneau (1), « pense-t-on » que l'on prenne souvent le soin, dans les hôtels garnis, de » lessiver les matelas et les fournitures du lit sur lequel un » jeune homme affecté de dothinentérie sera resté pendant » plusieurs jours, et sur lequel même il aura succombé ? Et » qu'un autre étranger, que la dothinentérie peut encore » atteindre, vienne la contracter dans le même appartement, » sur le même lit ; d'où viendront les renseignements qui » pourraient mettre sur la voie de la contagion ? »

Il me semble désormais impossible, après tout ce qui

(1) *Archives générales de médecine*, septembre 1829.

précède, de nier le caractère contagieux de l'affection typhoïde, même à Paris. Car, qu'on le remarque bien, aucun doute ne s'élève sur le caractère de la maladie observée par M. Bretonneau, M. Gendron et ceux qui partagent leur opinion ; les symptômes observés par eux pendant la vie, et les lésions trouvées après la mort, sont les mêmes que chez les individus atteints de l'affection qui nous occupe ; et comment admettre que la même maladie soit contagieuse à Tours et à Château-du-Loir, et ne le soit pas à Paris ? La seule différence qu'on puisse établir à cet égard entre Paris, les villages et les hameaux, c'est qu'à raison des rapports multipliés des paysans entre eux, de leurs maisons peu spacieuses, mal aérées, mal éclairées, etc., etc., les chances de contagion sont réellement moindres en ville et dans les hôpitaux que dans les familles nombreuses des petites localités ; ce que M. Gendron, dont j'emprunte ici les propres expressions, s'empresse de reconnaître la réalité. J'ajouterai, comme un dernier fait en faveur du caractère contagieux de l'affection typhoïde, que, suivant toutes les apparences, et d'après ce qui a été dit dans l'article précédent, l'affection typhoïde et le typhus sont la même maladie, et qu'il n'est personne, je le crois du moins, qui ne reconnaisse que le typhus se propage par contagion.

On dira peut-être maintenant qu'il est difficile de concilier la propriété contagieuse de l'affection typhoïde avec les faits exposés dans les deux premières parties de cet ouvrage, et desquels il résulte que l'altération des plaques elliptiques de Peyer, qui forme le caractère anatomique de la maladie, commence dès son début, ou avec les premiers symptômes, au moins dans la très grande majorité des cas ; ce qui n'a pas lieu dans plusieurs affections contagieuses.

Cette objection me paraît beaucoup moins embarrassante

qu'on ne pourrait le croire, vu qu'un fait une fois bien constaté, il faut l'admettre, quelles que soient les conséquences qui paraissent en découler ; et la faculté contagieuse de l'affection typhoïde me paraissant démontrée par les faits, je l'admets sans hésitation. D'ailleurs, si les symptômes généraux qui devancent ordinairement le développement des lésions qui caractérisent les maladies contagieuses éruptives, persistent pendant un certain espace de temps avant l'apparition de ces lésions, cet espace est très variable, quelquefois très rapproché du début, comme on l'observe dans la rougeole, où l'éruption a quelquefois lieu moins de vingt-quatre heures après l'apparition des premiers symptômes. Ajoutons que les caractères généraux des affections éminemment contagieuses ne sont pas tous les mêmes ; en sorte que les unes n'ont lieu qu'une fois chez le même sujet, tandis que les autres peuvent se répéter indéfiniment ; qu'ainsi les différences signalées entre les affections contagieuses éruptives et l'affection typhoïde, sous le rapport des symptômes précurseurs, ne prouvent absolument rien contre le caractère contagieux de cette maladie. D'ailleurs, comment établir, sur tous les points, un parallèle entre des maladies dont les caractères anatomiques ne se ressemblent ni pour la forme, ni pour l'importance, ni pour le siége ?

Quelle que soit, au reste, l'opinion qu'on adopte sur les causes prochaines ou éloignées de l'affection typhoïde, ces causes ont sans doute une certaine part à la mortalité et au développement des lésions secondaires ; ce qu'on peut dire de beaucoup d'autres maladies graves. Toutefois, il ne faut pas attribuer à ces causes une trop grande part dans la mortalité ou dans le mouvement fébrile, comme me semblent l'avoir fait quelques personnes qui ont plus particulièrement fixé leur attention sur des cas où l'altération de l'intestin

grêle était peu considérable, et sans proportion avec la violence des symptômes. On a vu, en effet, dans la première partie de cet ouvrage, que le nombre des plaques elliptiques altérées était généralement considérable, de douze à quarante chez les deux tiers des sujets dont j'ai recueilli l'histoire. Ces plaques avaient, terme moyen, plus de 9 centimètres de superficie, 14 centimètres environ, et formaient, par leur réunion, une surface considérable, supérieure, dans la plupart des cas, à celle de la peau enflammée dans l'érysipèle de la face. Ces plaques à peine altérées, les glandes mésentériques correspondantes l'étaient aussi d'une manière analogue; bientôt la membrane muqueuse intermédiaire aux plaques subissait, dans la plupart des cas, une lésion plus ou moins grave. Si l'on ajoute que les plaques altérées étaient perpétuellement en contact avec des matières devenues irritantes pour elles, on conviendra que le mouvement fébrile observé dans l'affection typhoïde, n'était guère moins proportionné à l'état de l'intestin grêle, que celui qui a lieu dans l'érysipèle de la face ne l'est à l'étendue de la peau enflammée. Si les sens n'apprécient pas tout, s'il y a autre chose que ce qu'on voit dans une affection typhoïde, il en est de même dans presque toutes les maladies internes, qui ne sont guère moins mystérieuses, sous ce rapport, que les fièvres.

Encore un mot relativement aux causes de l'affection typhoïde. J'ai dit, au sujet de son diagnostic différentiel, qu'il n'était pas possible, aujourd'hui, d'amener le développement de cette maladie par un moyen quelconque; mais si, comme tout porte à le croire, elle ne diffère pas du typhus, on devrait s'attendre à la voir apparaître chez des personnes qui seraient placés dans des circonstances semblables à celles au milieu desquelles se trouvent les soldats, par exemple, quand il y a encombrement.

QUATRIÈME PARTIE.

DU TRAITEMENT.

S'il est difficile, à l'aide d'un certain nombre d'observations exactes, de décrire, avec précision, les symptômes, la marche d'une affection, et, en général, d'exposer clairement tout ce qui peut la faire connaître ; il l'est bien davantage, non pas d'indiquer la meilleure méthode de traitement, mais d'apprécier, d'une manière rigoureuse, l'effet, *quel qu'il soit*, d'un agent thérapeutique. Car il ne suffit pas, pour cela, d'estimer l'effet immédiat de cet agent, ce qui n'est pas aussi facile qu'on pourrait se l'imaginer au premier abord ; il faut surtout indiquer le résultat de son action relativement à la mortalité, à la marche lente ou rapide de la maladie ; et, pour atteindre ce but, il est nécessaire de comparer entre eux un assez grand nombre de cas d'une même affection, au même degré ; les uns relatifs à des sujets dont la maladie aura été abandonnée à elle-même, les autres à des individus auxquels tels ou tels médicaments auront été administrés. Ce travail fait, il faut étudier le même agent thérapeutique chez ceux dont la maladie est grave, et chez ceux qui l'offrent à un médiocre degré ; dans les cas où il a été employé à des doses fortes ou à des doses faibles, à une époque rapprochée ou éloignée du début, seul ou concurremment avec d'autres moyens : et non-seulement cette méthode exige beaucoup de travail, mais elle suppose une série considérable de faits dont la réunion est difficile, sur-

tout s'il s'agit de maladies graves, dont le péril engage toujours à de nouvelles tentatives et ne permet guère de rester simple spectateur. Car, qu'on y songe bien, il ne s'agit pas d'indiquer, par des à peu près, les méthodes qui ont *paru* avoir plus ou moins de succès; mais de démontrer, d'une manière incontestable, que tel médicament est utile ou nuisible, qu'il l'est plus ou moins, suivant la manière dont on l'emploie.

On sent, d'après ce préambule, que je n'ai pas la prétention d'établir, d'une manière définitive, la valeur des agents thérapeutiques employés dans le cours de l'affection typhoïde. Toutefois, j'ai tâché que, sous ce point de vue, mes observations ne fussent pas sans utilité pour la science, et je vais exposer successivement les faits relatifs à la saignée, aux toniques, aux vésicatoires, etc.

CHAPITRE PREMIER.

DE LA SAIGNÉE.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

De cinquante-deux malades qui ont succombé (1), trente-neuf furent saignés un plus ou moins grand nombre de fois, les autres ne le furent pas. La durée moyenne de l'affection fut de vingt-cinq jours et demi chez les premiers, de vingt-

(1) J'ai cru pouvoir user, dans cette partie de mon ouvrage, de deux observations qui, n'offrant pas toute l'exactitude désirable sous le rapport de la description des organes, n'ont pas été employées jusqu'ici, mais qui ne laissent pas le moindre doute, cependant, sur la nature de la maladie à laquelle les sujets ont succombé.

huit chez les seconds ; en sorte qu'au premier abord la saignée semblerait avoir accéléré la terminaison funeste de la maladie.

On objectera sans doute que dans plusieurs des cas où elle a été faite, la saignée était peut-être insuffisante, ou si peu considérable qu'on pourrait en faire abstraction et placer les cas de ce genre parmi ceux où l'on s'est abstenu d'émissions sanguines ; qu'il faudrait en faire autant pour les sujets qui ont été saignés à une époque éloignée du début ; que la durée moyenne dont il s'agit n'aura de valeur que quand on aura tenu compte de cette double circonstance. Calculant d'après ces principes, et retranchant du nombre des individus saignés ceux qui ne l'ont été qu'après la seconde moitié de l'affection, ou dont la saignée n'a pas été de 360 grammes, au moins, à cette époque ; c'est-à-dire dix-huit sujets ; la durée moyenne change effectivement un peu, devient, pour les individus non saignés, ou tardivement, ou trop peu saignés, de vingt-six jours ; et, de vingt-six un quart, pour ceux qui se trouvent placés dans des circonstances contraires : en sorte que la saignée semblerait ne pas avoir eu d'influence sur le cours de la maladie, dans les cas dont nous nous occupons.

Si maintenant on remarque qu'il n'est ici question que de savoir si les émissions sanguines ont *retardé* le terme fatal, on conviendra que j'ai beaucoup accordé à l'abondance et à l'opportunité de la saignée, en en faisant abstraction dans tous les cas où l'on aurait pu la croire pratiquée tardivement, ou avec trop de parcimonie ; d'autant mieux que, de cette manière, le plus grand nombre des individus dont l'affection a été rapidement mortelle se trouve parmi ceux qui n'ont pas été saignés, et qu'on peut justement douter que, chez eux, une saignée, même large et pratiquée dès

le début des premiers symptômes, eût retardé le terme fatal.

Quelque étrange que puisse paraître ce résultat, il est néanmoins confirmé par un examen plus approfondi des faits. Car chez cinq malades qui furent saignés plus ou moins largement, au moyen de la lancette ou des sangsues, ou par l'un et l'autre moyens réunis, dans les cinq premiers jours de l'affection, la durée moyenne de celle-ci fut de vingt-un jours; et chez sept autres sujets saignés de la même manière, aussi abondamment, du sixième au dixième jour, elle fut de vingt-trois. C'est-à-dire que la marche funeste de la maladie a été plus rapide chez ces sujets que chez ceux qui ont été moins promptement et moins largement saignés, et d'autant plus que la première émission sanguine était plus rapprochée du début.

On dira peut-être encore que si les individus largement saignés, dans les premiers dix jours de la maladie, ont succombé plus rapidement que ceux qui se trouvaient dans des conditions opposées, cela ne pouvait provenir que de l'intensité de l'affection, probablement plus considérable chez les premiers que chez les seconds. A quoi je répondrai que les cas les plus graves, ou ceux dans lesquels la mort est arrivée le plus rapidement, ne sont pas relatifs aux sujets en question; et, après tout, on se demandera en quoi consiste l'utilité de la saignée si, quand on la pratique largement et dès le début (obs. 8, 28, 42, etc.), elle ne diminue ni le péril des affections graves, ni leur intensité; si elle ne peut en retarder, de quelques jours, la terminaison funeste.

Autre objection. La saignée n'a pas été le seul moyen employé dans les cas dont il s'agit; des toniques ont été administrés plus tard; peut-être ont-ils paralysé l'influence des

émissions sanguines. Les faits ne viennent pas à l'appui de cette objection : car de vingt sujets qui furent saignés assez largement, et avant la seconde moitié de la maladie, sept prirent des toniques (deux des toniques forts), et la durée moyenne de l'affection fut, chez eux, de trente-un jours : en sorte que de ces deux agents appliqués aux mêmes sujets, la saignée et les toniques, ceux-ci sembleraient avoir été les seuls utiles. Mais je reviendrai plus tard sur ce point, et je remarquerai seulement ici que la saignée n'a pas été plus largement pratiquée dans les sept derniers cas que dans les autres ; qu'on ne saurait, par conséquent, lui attribuer la prolongation de la durée moyenne de l'affection (obs. 1, 17, 25, 36, 46, 47, 48).

Il paraîtra peut-être superflu, maintenant, d'étudier l'effet des émissions sanguines sur chacun des symptômes, le jour ou le lendemain du jour où elles ont été prescrites. Mais moins les résultats qui viennent d'être exposés sont d'accord avec l'opinion la plus générale, plus il répugne d'y donner son assentiment, et plus il importe d'entrer dans des détails qui, sans les expliquer, deviennent, par leur unanimité, une nouvelle raison de les admettre.

Quatre malades éprouvèrent un soulagement réel, bien que passager, à la suite des émissions sanguines. Ce soulagement eut lieu, chez l'un d'eux, après chacune des deux premières saignées, faites avant le septième jour de l'affection ; ce qui ne l'empêcha pas de mourir au quatorzième, après une nouvelle saignée et trois applications de sangsues (obs. 42). D'autres sujets, au contraire, furent plus souffrants, plus mal à leur aise le lendemain du jour où les émissions sanguines eurent lieu, qu'auparavant. Si, à raison de la marche ordinaire de la maladie, on ne doit pas en conclure que la saignée ait été réellement nuisible dans ces cas, au moins

est-il vrai de dire qu'elle n'a pas empêché les progrès de l'affection (obs. 21, 26).

Le *pouls* fut observé le jour et le lendemain de la saignée, dans la moitié des cas. Je le trouvai un peu moins accéléré après qu'avant l'émission sanguine, chez quatre sujets saignés à des époques très variées de la maladie, mais pour peu de temps. Il conserva, chez les autres, le caractère et la vitesse qu'il avait au moment de la saignée, ou devint plus accéléré le lendemain du jour où elle fut pratiquée; encore que l'un de ceux qui se trouvaient dans ce cas ait éprouvé un peu de soulagement après l'émission sanguine.

Bien, comme on le verra dans un instant, qu'on ne puisse pas attribuer, d'une manière sûre, la diminution de la vitesse du pouls, observée dans les cas précédents, à la déplétion du système circulatoire ; il est vrai de dire néanmoins qu'elle était plus ordinaire après la saignée par la lancette qu'à la suite de l'application des sangsues ; en sorte que si les émissions sanguines peuvent être utiles dans le cours de l'affection typhoïde, si l'on pouvait conclure, rigoureusement, d'après le petit nombre de sujets dont il s'agit, le premier moyen serait préférable au second, le but immédiat de la saignée étant la diminution de la vitesse du pouls.

Le *délire* diminua, le lendemain de la saignée, dans deux cas, et il cessa, dans un troisième, où il existait à un faible degré. Dans les autres, les fonctions cérébrales, dans quelque état qu'elles fussent, n'éprouvèrent pas de changement appréciable ; ou bien, le délire débuta le soir même, ou le lendemain du jour où la saignée fut faite, ou il prit plus de violence. Cette persévérance, ou cette augmentation des symptômes cérébraux, eut lieu chez un assez grand nombre de sujets, quelque abondantes que fussent les saignées, et de quelque manière qu'on les pratiquât (obs. 2, 8, 21, 28,

34). — Il convient encore de remarquer que l'amélioration observée dans les trois cas dont il vient d'être question, suivit, non l'application des sangsues, mais la saignée par la lancette : ce qui vient en preuve de ce qui a été dit tout à l'heure, de la préférence à donner à ce mode d'émission sanguine.

Les améliorations du côté de l'*abdomen* n'étaient pas plus marquées. Le dévoiement ne diminua un peu, le lendemain de la saignée, que dans trois cas où elle fut pratiquée avec la lancette (obs. 5, 54) ; il persista au même degré, ou prit de l'accroissement chez les autres sujets. — Les douleurs augmentèrent vingt-quatre heures après la saignée dans un cas (obs. 25), furent stationnaires dans les autres, ne diminuèrent dans aucun. — Le météorisme se montra, pour la première fois, ou prit plus de développement, le lendemain de l'ouverture de la veine, chez deux sujets (obs. 2, 28). Il ne diminua chez aucun, de quelque manière que la saignée eût été faite.

La *langue* fut sensiblement plus humide, le lendemain que le jour même de la saignée, dans un cas (obs. 46).

Ainsi, les changements heureux observés dans l'état du pouls, de la chaleur et des fonctions cérébrales, à la suite de la saignée, ont été rares ; assez souvent, au contraire, l'état de la circulation ou des autres fonctions resta le même, ou devint plus grave, dans les mêmes circonstances : de manière qu'il n'est pas possible d'affirmer que dans les cas où elle a eu lieu, l'amélioration fût le résultat de la saignée ; avec d'autant plus de raison que les sujets dont le pouls fut moins accéléré après les émissions sanguines qu'avant, périrent, terme moyen, au vingt-troisième jour de l'affection, à la même époque que ceux chez lesquels une amélioration semblable ou apparente n'avait pas eu lieu, après des émissions sanguines, d'ailleurs

semblables, sous le rapport de la quantité et de l'époque à laquelle on les avait ordonnées.

L'observation des symptômes chez les sujets qui ne furent pas saignés, ou dans les cas où on pratiqua des saignées à quelque distance des émissions sanguines, fortifie ces doutes. Le *pouls* offrit des variations en plus et en moins, du huitième au vingtième jour de l'affection, chez neuf sujets qui ne furent pas saignés ; et, chez l'un d'eux, qui peut servir d'exemple, il battit successivement, cent huit, cent douze et quatre-vingt-dix fois par minute. Il en fut de même chez cinq sujets saignés dans les dix premiers jours de la maladie, et chez deux autres qui le furent après cette époque. — La *chaleur* offrit de notables alternatives d'augmentation et de diminution, dans la quatrième partie des cas. Des variations analogues eurent lieu pour le *délire*, chez deux sujets : elles furent très prononcées pour les *selles*, chez le quart des individus, quatre, cinq et six jours de suite ; et ces variations eurent lieu soit chez ceux qui furent saignés une ou plusieurs fois, avant ou après l'émission sanguine, à une distance plus ou moins considérable ; soit chez les malades auxquels on n'avait soustrait de sang par aucun moyen, et indépendamment des toniques qui ne furent administrés qu'à des époques plus éloignées. Et, pour en donner un exemple, ces variations spontanées, dans la fréquence des selles, furent représentées, dans un cas, du quinzième au dix-huitième jour de l'affection, par les nombres cinq, dix, trois et huit. — La langue offrait aussi, dans les mêmes circonstances, des alternatives de mieux et de pis.

Ces variations spontanées justifient ce que j'ai dit précédemment de la difficulté d'apprécier l'effet immédiat des moyens thérapeutiques les plus énergiques, en apparence ; elles indiquent, ce me semble, qu'il y aurait de la témérité à

attribuer, du moins sans exception, les faibles améliorations survenues après la saignée, à celle-ci ; et elles montrent la nécessité d'observer avec attention, et jour par jour, l'état des fonctions, afin de connaître parfaitement la marche des symptômes.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri.*

Des quatre-vingt-huit malades qui étaient dans ce cas, soixante-deux furent saignés ; on s'abstint d'émissions sanguines chez les autres, soit à raison de la faiblesse de la réaction, soit parce que les sujets vinrent à l'hôpital à une époque trop éloignée du début. La durée moyenne de l'affection fut de trente-un jours chez ceux-ci, et de trente-deux chez les autres (1). Premier résultat peu favorable à l'action de la saignée.

Sans doute ce résultat n'aurait aucune importance, ne prouverait absolument rien, si, d'un côté, se trouvaient tous les cas d'affection typhoïde grave, et, de l'autre, tous les cas d'affection typhoïde légère. Mais il n'en était pas ainsi, et, sous ce rapport, la différence entre ces deux ordres de faits n'était pas considérable. Car, parmi les individus *non saignés*.

La maladie fut grave dans 15 cas,
légère dans 11 ;

parmi les individus *saignés :*

elle fut grave dans 42 cas,
légère dans 20 ;

et sa durée moyenne fut de :

33 et 28 jours chez les premiers,
34 et 29 chez les seconds.

(1) J'ai placé la fin de la maladie ou l'époque de la convalescence, au moment où les malades ont commencé à manger un peu de pain. (Voyez la note de la p. 427 du 1er vol.)

D'où il semblerait naturel de conclure que l'inefficacité des émissions sanguines était la même, quel que fût le degré de l'affection, et que la durée moyenne de celle-ci n'était que peu influencée par son degré.

Mais ici, comme chez les sujets qui ont succombé, on se demandera sans doute si l'inutilité de la saignée ne proviendrait pas de l'époque tardive à laquelle on l'aurait pratiquée, de ce qu'elle aurait été trop peu abondante, ou paralysée par l'action des toniques.

Relativement aux première et seconde objections, voici les faits. Chez dix-sept individus dont l'affection offrit des symptômes *graves*, la saignée fut pratiquée deux fois, du premier au dixième jour, à la dose de 300 à 400 grammes chaque fois, et la durée moyenne de la maladie fut de trente jours, que la première émission sanguine eût eu lieu dans les cinq premiers ou au-delà. Cette durée fut de trente-deux jours et trois quarts chez les sujets dont la première saignée fut faite du dixième au vingtième jour. En sorte qu'il semblerait que la marche de l'affection a été abrégée de trois jours dans les cas graves où la saignée fut pratiquée dans les dix premiers de la manière indiquée, effet peu considérable sans doute, mais qui doit paraître d'autant plus vraisemblable, qu'il n'est pas en contradiction avec ce qui a été exposé ci-dessus de la durée de l'affection, qui ne varie pas, à beaucoup près, proportionnément à son degré, dans l'ensemble des cas.

L'effet des émissions sanguines fut à peu près le même chez les sujets dont l'affection fut *légère;* en sorte que chez ceux qui furent saignés du premier au dixième jour, la durée moyenne de l'affection fut de vingt-cinq jours, trois de moins que dans les cas analogues où aucune espèce de saignée ne fut faite. Cette durée fut de près de trente jours chez

ceux dont la première saignée n'eut lieu que du dixième au vingtième.

Pratiquée dans les dix premiers jours de l'affection, la saignée semble donc en abréger le cours, quel qu'en soit le degré; et elle paraît être plus nuisible qu'utile quand on la pratique après cette époque, dans les cas où la maladie est légère.

Bien que les faits dont ces corollaires ne sont que l'expression soient en trop petit nombre pour faire loi, ils me semblent dignes d'attention, vu l'accord qu'ils présentent dans les deux principales nuances de la maladie.

J'ai encore cherché si la durée moyenne de l'affection n'offrait pas quelque variété, suivant le mode d'émission sanguine, par la lancette ou par les sangsues; et je n'en ai trouvé aucune.

Quant à la troisième objection, relative à l'action des toniques, voici ce qui eut lieu. Quatre malades saignés du premier au dixième jour, et dont l'affection fut *grave*, prirent des toniques, à compter des quinzième, vingt-sixième et vingt-huitième jour; et la durée moyenne de la maladie fut de trente-trois jours; précisément ce qu'elle était dans les cas analogues où la saignée n'eut pas lieu, et plus longue, de trois jours, que dans l'ensemble de ceux où les émissions sanguines furent assez abondantes dans les premiers dix jours de l'affection. Les toniques furent encore administrés à quatre individus dont la maladie était grave, et auxquels on ne pratiqua de saignée que du dixième au vingtième jour; et chez eux la durée moyenne de la maladie fut de trente huit jours; de manière qu'on pourrait croire, au premier abord, que les toniques ont retardé la convalescence. Mais cette conséquence n'est pas rigoureuse à beaucoup près, vu que les huit malade traités par les toniques étaient

des exemples de l'affection à un plus haut degré que dans la plupart des cas ; que ces toniques ont été administrés à une époque très éloignée du début, rapprochée du trentième jour de la maladie, ou de sa durée moyenne, et que la gravité des symptômes, à cette époque, ne permettait pas d'espérer une convalescence très prochaine, quel que fût le traitement mis en usage.

Les toniques ne furent administrés que dans un cas d'affection typhoïde *légère*, où la saignée fut faite dans les premiers dix jours; de manière que je n'ai rien à dire sur la complication d'effets de ces deux agents thérapeutiques, dans ce degré de l'affection.

Si d'ailleurs je n'ai pas tenu compte des complications dans l'appréciation des effets de la saignée, c'est qu'ici, comme dans les cas où l'issue de la maladie a été funeste, la chose m'a paru inutile; les complications tenant à la nature de l'affection, en étant une suite plus ou moins nécessaire, et ne devant pas en être séparées quand il s'agit d'apprécier sa mortalité ou sa durée moyenne.

Quant aux *effets immédiats*, ils ne furent pas plus prononcés que chez les individus qui succombèrent. Ainsi, chez la troisième partie de ceux qui furent saignés dans les dix premiers jours de l'affection, le pouls resta stationnaire le lendemain de l'opération; il fut un peu plus accéléré, à la même époque, chez un pareil nombre de sujets; tandis que sa vitesse diminua de quelques pulsations chez les autres, mais pour un petit nombre de jours seulement. — Il n'offrit aucun changement appréciable, le lendemain de la saignée, dans la plupart des cas où elle ne fut pratiquée que du dixième au vingtième jour; ses pulsations étaient moins nombreuses, de cinq, chez deux malades; plus nombreuses au contraire chez un troisième, après les deuxième et troi-

sième saignées, et, chez quatre autres, après la première. — Chez le petit nombre de sujets qui ne furent saignés qu'après le vingtième jour, la vitesse du pouls augmenta ou diminua le lendemain de l'opération, dans un égal nombre de cas.

Dans la très grande majorité de ceux où la saignée fut faite du premier au dixième jour de l'affection, la *chaleur* fut stationnaire, douze et vingt-quatre heures après; elle augmenta chez deux sujets, fut moindre chez un autre. — Elle n'offrit pas de changement appréciable chez les trois cinquièmes de ceux qui furent saignés dans la période suivante; elle parut un peu diminuée chez la plupart des autres, mais pour peu de temps; et elle augmenta, comme la vitesse du pouls, après chaque émission sanguine, chez un sujet qui fut saigné trois fois avant le quatorzième jour de la maladie.

Que la saignée fût faite dans les dix premiers jours de l'affection ou dans ceux qui suivirent, le *délire*, la *somnolence* et la *stupeur* n'en furent diminués dans aucun cas; dans la plupart, au contraire, ils furent plus marqués le lendemain que le jour même de l'émission sanguine. D'où il faut au moins conclure, que le traitement antiphlogistique n'empêchait pas le développement de ces symptômes. — Chez deux individus le délire débuta douze heures après la saignée.

Dans trois cas les *douleurs de ventre* cessèrent le lendemain du jour où elle fut pratiquée. L'inverse eut lieu dans deux autres, où les douleurs débutèrent à cette même époque.

Le *météorisme* augmenta beaucoup, chez deux sujets, dans les mêmes circonstances. Les *selles* furent aussi très nombreuses, après la première ou la seconde saignée, dans cinq cas; le lendemain d'une application de sangsues à l'a-

nus, chez un sixième. Elles diminuèrent, après le même mode d'évacuation sanguine, chez un septième sujet; elles furent stationnaires chez les autres.

La *langue* n'offrit pas de changements appréciables, le lendemain de la saignée, dans la moitié des cas; elle fut plus humide ou plus sèche, dans l'autre moitié, à peu près un égal nombre de fois.

En définitive, les faits consignés dans cet article semblent indiquer : 1° que l'effet immédiat des émissions sanguines, ou celui qui peut s'en suivre le lendemain de la saignée, sur l'état des symptômes de l'affection typhoïde, est nul, ou presque nul, ou qu'il n'est pas évident; 2° que la saignée pratiquée deux fois, dans les dix premiers jours de l'affection, peut en abréger un peu le cours.

Mais la saignée a-t-elle arraché à la mort quelques-uns des sujets qui ont guéri ? Ce qui précède semble l'indiquer. Car si la saignée peut abréger de trois à quatre jours la durée de l'affection, c'est sans doute en modifiant les altérations auxquelles elle se trouve liée, en arrêtant peut-être celles dont la marche eût été funeste, et en diminuant les chances des lésions secondaires, qui deviennent, dans bien des cas, les véritables causes de la mort; et le rapprochement de ceux dans lesquels l'issue de la maladie a été heureuse ou malheureuse, semble confirmer cette manière de voir.

De quatre-vingt-un sujets qui éprouvèrent des symptômes *graves* et qui furent saignés, trente-neuf ou près de la moitié périrent.

De vingt-huit dont l'affection offrait le même caractère et qui ne furent pas saignés, treize ou près de la moitié succombèrent.

Ce premier résultat, comme plusieurs de ceux qui pré-

cèdent, semble indiquer que les émissions sanguines n'ont point eu de résultat appréciable sur la mortalité.

Mais de vingt-neuf sujets qui furent saignés deux fois, du premier au dixièmes jour de la maladie, douze seulement périrents, ou les quatre dixièmes environ; c'est-à-dire que, traitée de cette manière, la maladie fut un peu moins fréquemment mortelle que dans l'ensemble des cas où la saignée fut pratiquée, ou dans ceux où l'on s'en abstint entièrement.

Parmi les cinquante-deux sujets qui furent encore saignés, les uns le furent dans les premiers dix jours de l'affection, à la dose de moins de 360 grammes; les autres, après cette époque, et perdirent, pour la plupart (les six septièmes), de 600 à 700 grammes de sang, quelques-uns plus. Des premiers, au nombre de quatorze, sept, ou moitié, périrent, et parmi les seconds, au nombre de trente-huit, vingt succombèrent.

Il semblerait donc : 1° que la saignée faite dans les dix premiers jours de la maladie, à la dose de 360 grammes, et répétée deux fois dans les cas *graves*, a sauvé la vie à quelques individus; puisque, parmi les sujets qui ne furent pas saignés, le nombre de ceux qui guérirent ne fut supérieur au nombre de ceux qui succombèrent, que d'un quatorzième; et que, parmi ceux qui furent saignés de la manière indiquée, cet excédant fut d'un sixième;

2° Que, faite encore à la même époque, mais une seule fois, et à la dose de moins de douze onces, elle a été sans effet;

3° Qu'elle a été nuisible, pratiquée, pour la première fois, du vingtième au vingt-cinquième jour, et assez largement.

Ainsi, sous quelque point de vue que nous considérions les faits, nous voyons dans la saignée un moyen thérapeu-

tique de quelque utilité, dans le cours de l'affection typhoïde, quand on l'emploie convenablement et à une époque rapprochée du début ; et cet accord, dans les résultats, doit leur prêter une force que le petit nombre de faits sur lesquels ils reposent, pourrait ne pas permettre de leur accorder.

D'ailleurs, ce peu d'effets de la saignée dans l'affection typhoïde n'a rien qui doive surprendre, vu qu'on l'observe presque au même degré dans les autres affections aiguës et les plus franchement inflammatoires, la péripneumonie, l'érysipèle, etc. (1). J'ai employé à dessein le mot *franchement*, parce que, dans plusieurs cas d'affection typhoïde, la tendance des plaques elliptiques de l'intestin grêle à l'ulcération, domine; que l'inflammation y est très peu considérable, comme je l'ai fait remarquer plus haut (pag. 225 et 255); et qu'on peut se demander si les émissions sanguines, pratiquées peu après le début, auraient quelque utilité dans cette variété de l'affection, qui, d'ailleurs, ne s'accompagne que d'un mouvement fébrile peu considérable.

Les résultats que je viens d'exposer ont généralement été considérés comme exacts; on a reconnu que, pratiquées dans la mesure indiquée, les émissions sanguines n'ont que peu d'influence sur la marche et sur la terminaison de l'affection typhoïde. Mais l'on s'est demandé si les inductions auxquelles j'ai été conduit sur l'inutilité de prodiguer les émissions sanguines, dans l'intention de juguler la maladie, étaient bien fondées; s'il ne conviendrait pas, au contraire, de

(1) Voyez mes *Recherches sur l'effet du traitement antiphlogistique*, *Archives générales de médecine*, cahier de novembre 1828 ; puis la 2e édition du même travail. *Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires*. Paris, 1835, in-8.

saigner plus largement, et surtout de rapprocher les saignées davantage qu'on ne l'a fait jusqu'ici. M. Bouillaud a entrepris, il y a quelques années, des essais relatifs à la solution de ce problème, et bientôt il est demeuré convaincu de la supériorité des saignées nombreuses et rapprochées, auxquelles il attribue des succès merveilleux.

Toutefois les convictions de M. Bouillaud sont passées dans l'esprit de fort peu de praticiens ; personne, pour ainsi dire, excepté M. Bouillaud lui-même, n'en prend la défense quand elles sont attaquées. Est-ce à tort, est-ce à raison ? c'est ce que je vais rechercher, en examinant avec soin, et aussi brièvement que possible, les faits sur lesquels M. Bouillaud appuie sa manière de voir, et qu'il a exposés dans sa *Clinique médicale*.

Après avoir rappelé, dans ce dernier ouvrage, le traitement suivi pour les malades atteints d'affection typhoïde, dont j'ai analysé l'histoire, M. Bouillaud cite les résultats qu'il a consignés dans sa Philosophie médicale, où il dit, que sur cent soixante-dix malades atteints de fièvre typhoïde bien caractérisée, et traités par les saignées coup sur coup, de 1833 à 1836, vingt-deux seulement ont succombé, ou un peu moins d'un huitième, au lieu d'un tiers, comme dans les relevés que j'ai publiés. Résultat vraiment immense, s'écrie M. Bouillaud (1); car si la formule des saignées coup sur coup (c'est ainsi qu'il nomme sa méthode), aidée des moyens que nous lui associons, était convenablement appliquée à tous les individus que la fièvre typhoïde frappe annuellement en Europe, que de milliers de ceux qui succombent ne sauverait-on pas? Ajoutons, poursuit-il, que souvent la rapidité de la guérison est telle, qu'on ne peut

(1) *Clinique médicale de l'hopital de la Charité*, Paris 1837, t. 1er, pag. 575.

réellement s'en faire une idée qu'après avoir observé les faits soi-même.

Ces faits, continue l'auteur, sont confirmés par l'analyse de cinquante nouvelles observations rapportées dans cet ouvrage (la Clinique), parmi lesquelles trois seulement sont relatives à des malades qui ont succombé, ce qui donne la proportion de un sur seize à dix-sept; mortalité qui n'est que la moitié de celle indiquée dans la quatrième partie de l'*Essai sur la philosophie médicale*. « Mais, dans les cent » soixante-dix-huit cas relevés dans cet Essai, nous avions » fait abstraction, dit M. Bouillaud, des cas légers, ou rela- » tifs à la simple fièvre dite bilieuse ou gastrique. En retran- » chant aussi de nos cinquante cas actuels les vingt-trois » cas légers de la troisième catégorie, il nous reste vingt-sept » cas de fièvre, ou affection typhoïde, bien caractérisés; et » comme de ces vingt-sept cas, trois seulement se sont ter- » minés par la mort, nous avons une mortalité de un sur » neuf, chiffre sensiblement le même que celui indiqué dans » l'Essai sur la philosophie médicale. »

Ici M. Bouillaud fait preuve de générosité, il faut en convenir, car j'ai compris dans mes relevés tous les cas d'affection typhoïde qui se sont offerts à mon observation; le diagnostic des cas légers pouvant être tout aussi sûr que celui des cas graves; et néanmoins la mortalité a été ce qu'on a vu.

Toutefois, si, dans mes relevés, j'ai compris les cas légers comme ceux qui étaient graves, je n'ai fait, parmi ces derniers, aucune exception; je n'en ai négligé aucun; tenant également compte des malades qui arrivaient dans un état peu avancé et de ceux qui étaient dans un état tout à fait désespéré, lors de leur admission à l'hôpital, ou qui y ont succombé quelques heures après leur arrivée: ce que n'a pas fait M.

Bouillaud, comme on le verra tout à l'heure. Et on le conçoit sans peine, sans qu'il soit nécessaire de soupçonner en quoi que ce soit la probité scientifique de M. Bouillaud ; puisque ce médecin ayant surtout pour but d'étudier l'action des agents thérapeutiques et des émissions sanguines en particulier, ne pouvait compter, au nombre des faits susceptibles de l'aider à la solution du problème qu'il se proposait, les malades qui étaient dans un état désespéré, ou qui n'offraient de chances favorables à aucune espèce de traitement, au moment où il a commencé à leur donner ses soins : de manière que, sous le rapport de la mortalité, M. Bouillaud a comparé des faits qui n'étaient pas complétement comparables. Aussi, en ayant égard à cette circonstance, la différence dans la mortalité des deux séries de malades est un peu moindre ; car, des cinquante sujets qui ont succombé, parmi ceux dont j'ai donné l'histoire, il faut en retrancher au moins dix qui sont arrivés dans un état désespéré, ou sont morts moins de vingt-quatre heures après leur arrivée à l'hôpital, ou ont été atteints de perforation de l'iléon vingt-quatre ou quarante-huit heures environ après leur entrée (obs. 6, 9, 10, 11, 12, 13, 23, 24, 42, 53) ; suppression qui diminue la mortalité d'un quart.

Après l'examen de la mortalité venait, naturellement, celui de la durée de la maladie, sur laquelle un traitement efficace doit avoir une influence non moins marquée. M. Bouillaud l'étudie d'abord chez les trois sujets qui ont succombé. Chez eux la durée de l'affection a été de trente et un et de trente-deux jours ; ensorte qu'aucun des trois malades dont il s'agit, comme aucun des vingt-deux indiqués dans la quatrième partie de l'Essai sur la philosophie médicale, n'a succombé dans le premier ou dans le second septénaire : résultat très différent de ceux que j'ai

publiés, et qui montrent, remarque M. Bouillaud, que la huitième partie des malades dont j'ai donné l'histoire, et dont l'affection a eu une terminaison fâcheuse, a succombé du huitième au douzième jour. Des faits semblables ont été publiés récemment dans la Clinique de M. Chomel, et si l'on n'en observe pas dans notre Clinique, continue M. Bouillaud, la raison en est dans la différence du traitement.

Je réponds à cela, que le premier des trois sujets dont il s'agit était indisposé depuis trois semaines à son arrivée à l'hôpital, et probablement atteint d'affection typhoïde depuis cette époque; que le troisième était malade depuis douze jours à son entrée; qu'il était difficile, par conséquent, quel que fût le traitement prescrit par M. Bouillaud à ces deux malades, qu'ils mourussent dans le premier ou dans le second septénaire, à compter du début de l'affection. Quant aux sujets, au nombre de vingt-deux, dont il est question dans l'*Essai sur la Philosophie médicale*, et sur lesquels les détails manquent, j'admets avec M Bouillaud qu'aucun d'eux n'a succombé dans le premier ou dans le second septénaire, et j'en conclus que ce médecin n'a pas fait entrer, dans ses résumés, l'histoire de tous les malades reçus dans sa division; car il lui est certainement arrivé, comme à moi et à beaucoup d'autres, de recevoir des malades expirants ou presque expirants, à toutes les époques de la maladie, dans les huit premiers jours comme après. L'argument de M. Bouillaud tombe donc de lui-même, ou il prouve seulement qu'il a fait un choix, soit avant, soit après l'entrée des malades à l'hôpital; choix assez naturel, comme je le disais tout à l'heure, dans le but qu'il se proposait, mais dont il a oublié de tenir compte et d'avertir le lecteur.

Passant aux sujets du second groupe, au nombre de onze, et qui ont *guéri* d'une affection *typhoïde grave*, M. Bouil-

laud remarque (1) que chez eux la durée moyenne de la maladie a été de vingt jours, son *maximum* de trente-trois, et son *minimum* de quinze : résultats très différents de ceux que j'ai publiés. Il est vrai, dit l'auteur, que M. Louis a fixé l'époque de la convalescence au moment où les malades ont commencé à manger un peu de pain, tandis que, de mon côté, je l'ai fixée au moment où ils commençaient à supporter le bouillon. Mais en plaçant aussi la convalescence de mes malades à l'époque adoptée par M. Louis, la différence resterait encore très considérable ; car ces malades ont, pour la plupart, commencé à manger du pain trois ou quatre jours après avoir commencé à prendre du bouillon.

D'après le tableau dressé par M. Bouillaud, la convalescence des onze malades dont il s'agit a commencé ainsi qu'il suit :

Pour le 4e, ...	au 33e jour,
5e, ...	31e
6e, ...	20e
7e, ...	20e
8e, ...	15e
9e, ...	16e
10e, ...	27e
11e, ...	11e
12e, ...	32e
13e, ...	21e
14e.	20e

Ce qui donne, en effet, pour durée moyenne, comme le dit M. Bouillaud, 20 jours ; et, en mettant la convalescence de ces malades à l'époque où ils ont commencé à manger le huitième de portion, elle commence :

(1) *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.* Paris, t. 1er, (.

Pour le 4e,	au 37e jour.
5e,	34e
6e,	24e
7e,	21e
8e,	19e
9e,	17e
10e,	31e
11e,	16e
12e,	37e
13e,	22e
14e,	25e

c'est-à-dire, terme moyen, au 25 j 8/11 ; ce qui se rapproche déjà de la durée moyenne de la maladie dans les cas graves, chez les sujets dont j'ai analysé l'histoire, et qui, *ayant été saignés deux fois dans les dix premiers jours, ont été convalescents au trentième, car je ne puis comparer aux faits analysés par M. Bouillaud, sous le rapport thérapeutique, que les malades qui, comme ceux qu'il a traités, sont venus assez à temps à l'hôpital pour y recevoir des soins efficaces, et dont l'affection a duré trente jours.*

Mais le chiffre que je viens de donner n'est pas exact; il place trop près du début la convalescence de l'affection des deux malades nos 9 et 14, qui n'ont pas été réellement convalescents aux 16e et 20e jour, comme le dit, par erreur, M. Bouillaud; mais seulement aux 35e et 36e jour, époque à laquelle ils ont mangé le 1/8 de portion ; de manière qu'en rectifiant l'erreur, la moyenne en question devient 28 5/4, et diffère très peu, par conséquent, de la moyenne qui exprime la durée de la maladie dans les cas graves dont j'ai recueilli l'histoire.

Ce fait est d'autant plus remarquable que le degré de l'affection semble avoir été à peu près le même chez les deux groupes de sujets comparés, et que, par cela même, la

comparaison peut s'établir assez exactement entre des méthodes de traitement différentes.

Toutefois, le chiffre qui exprime la durée moyenne de la maladie ne peut être considéré comme exact, qu'autant qu'on admet, comme démontré, que les onze cas de M. Bouillaud sont autant de faits irrécusables d'affection typhoïde. Mais cette démonstration est loin d'exister, comme on va le voir par le malade qui fait le sujet de la 11e observation, intitulée *Entéro-mésentérite typhoïde bien caractérisée, légère pneumonie intercurrente; casus gravissimus.*

Ce sujet est un maçon d'une force moyenne, âgé de vingt ans, malade depuis deux jours à son entrée à l'hôpital, ayant eu, au début, des frissons, de la céphalalgie, des douleurs épigastriques et une agitation voisine du délire. Le deuxième jour, diarrhée, étourdissements, faiblesse (*Saignée, quinze ou vingt sangsues à l'épigastre*). Le troisième, prostration, agitation de la tête et des membres, assoupissement profond, baillements, lèvres demi-sèches, langue mal tirée, paraissant assez humide, vomissements glaireux, gargouillements dans les deux flancs, pouls à cent-vingt, presque insensible; peau chaude et sèche. (*Saignée, trois pal.; trente sangsues; lav. émol.*).

Le 4 : supination, stupeur très prononcée, réponses entrecoupées, yeux animés et larmoyants, nez effilé; langue humide et comme dépouillée à sa partie antérieure, abdomen généralement douloureux à la pression, avec gargouillements dans la région iléo-cœcale, où la douleur est plus forte qu'ailleurs; une selle; pouls à cent seize, étroit, redoublé; défaillance en faisant asseoir le malade pour l'ausculter en arrière : nulle éruption. (*Vent scarifiées, 2 palettes, à la région iléo-cœcale, boissons et cataplasme chlorurés, etc.*)

Le 5 : douleurs épigastriques et abdominales moindres;

une selle par lavement; langue sèche au centre, ventre affaissé, gargouillement dans la région iléo-cœcale; pouls moins faible, de cent quatre à cent huit; céphalalgie persistante, stupeur et assoupissement moindres, réponses plus justes. (*Saignée*, 2 *pal.*; *vent. scar.*, 2 *pal.*)

Le 6 : sommeil tranquille, une selle la nuit; stupeur et céphalalgie moindres; chaleur médiocre, pouls à cent, mou, fluctuant; ventre indolent et affaissé. (*Vés. volants aux jambes.*)

Le 7 : abattement, pouls mou, redoublé, à cent douze; nulle éruption; gargouillement diffus dans le flanc droit, peu de météorisme, trois selles; crachats rouillés, visqueux, adhérents; trente-six inspirations par minute; matité dans les 2/3 postérieurs et inférieurs du thorax, avec respiration bronchique et râle crépitant rare. (*Saignée*, 3 *pal.*; *vent. scarif. au thorax, en arrière*, 2 *pal.*)

Le 8 : deux à trois crachats rouillés et visqueux; peau moins sèche et moins chaude, pouls à cent quatre, respiration à trente-deux; langue un peu sèche au centre; ventre affaissé; gargouillement iléo-cœcal; stupeur et assoupissement moindres; hier le malade s'est encore levé et a marché sur le carreau. (*Catapl. ém. sur la poit. et sur le ventre.*)

Le 9 : pouls mou et fluctuant, à quatre-vingt-seize; respiration de trente-deux à trente-six; assoupissement, réponses justes, langue grillée, légers gargouillements dans la région iléo-cœcale.

Le 10 : crachats muqueux, adhérents, avec râle crépitant et un peu de souffle dans les 3/5 inférieurs et postérieurs du thorax; langue sèche et raboteuse, gargouillement dans le flanc gauche; pouls assez résistant, à quatre-vingt-douze; respiration à trente; en arrière, à gauche, résonnance et respiration assez bonnes, à droite résonnance faible; demi-

assoupissement. (*Vent. scar.*, 2 *pal. à droite et en arrière.*)

Le 11 : agitation, loquacité pendant la nuit, pouls de quatre-vingts à quatre-vingt-quatre, respiration à vingt-quatre, langue moins sèche ; commencement de convalescence.

Le 12 : le mieux continue.

Le 13 : id., un peu de stupeur, pouls à soixante-douze, chaleur normale.

Le 14 : pouls id. ; respiration à vingt-quatre, libre ; langue un peu moins sèche au centre, gargouillements légers dans le flanc droit. (*Bouillon*, *raisin.*)

Le 15 : deux selles; ni expectoration, ni toux, seize à vingt respirations, pouls à soixante-douze, redoublé, langue moins sèche. (*Potages*, *raisin*, *biscuit.*)

Le 16 : chaleur naturelle, pouls de soixante à soixante-quatre, visage bon, langue naturelle; le malade semble ressuscité (1/8).

Le 17 : id.

Le 18 : pouls à soixante (1/4).

Le 25 : guérison complète (1/2).

Le 31 : sortie.

La rapidité de la guérison, dit M. Bouillaud, surtout après l'explosion imprévue d'une pneumonie greffée sur une entéro-mésentérite, parut presque merveilleuse à toutes les personnes qui suivaient la clinique.

Sans doute, s'il était démontré que le sujet de cette observation a été atteint de la double maladie indiquée par l'auteur, le cas serait fort remarquable; mais l'existence de cette double affection est loin d'être démontrée, comme je l'ai dit plus haut. En effet, relativement à l'affection typhoïde, il n'y eut ni météorisme ni diarrhée ; car les quelques selles un peu liquides des derniers temps doivent être

négligées, sous le rapport du diagnostic; et, jusque-là il n'a été fait mention de la diarrhée qu'une fois au deuxième jour de sa maladie, avant l'entrée à l'hôpital. Il n'y eut pas de taches roses, lenticulaires, pas de *sudamina*; il n'est pas dit si la rate était ou n'était pas volumineuse; l'agitation une fois dissipée, il n'a été question ni d'épistaxis, ni d'obscurcissement de la vue, ni de surdité, ni de ces bourdonnements d'oreilles si communs dans le cours de l'affection typhoïde: de manière que le sujet n'a éprouvé que les symptômes communs à cette affection et à beaucoup de maladies aiguës de toute espèce, et non ceux qui distinguent l'affection typhoïde des autres, en marque l'origine et le siége, et qu'en admettant ici l'existence d'une pneumonie double, on est obligé d'en reporter le début aux premiers temps de la maladie.

A la vérité, l'auteur semble protester à l'avance contre cette interprétation, dans une note où il dit, qu'à raison du soin avec lequel le malade a été exploré, on ne saurait faire remonter sa pneumonie au-delà du jour où il l'a reconnue, c'est-à-dire au-delà du septième (page 114). Toutefois, si vous admettez cette assertion de M. Bouillaud, vous admettez en même temps que, d'un jour à l'autre, une pneumonie double a pu se développer et donner lieu, en moins de vingt-quatre heures, à une hépatisation occupant les 2/3 inférieurs des *deux* poumons; car la matité et la respiration bronchique, constatées le septième jour de la maladie, ne peuvent guère laisser de doutes à cet égard : vous admettez que cette pneumonie si violente, et non pas légère, comme l'indique le titre de l'observation, survenue dans des circonstances si graves, a pu disparaître en trois ou quatre jours; autre merveille tellement extraordinaire qu'il faut la nier tout d'abord, et que, quand M. Bouillaud lui-même y

réfléchira, il sera de cet avis : vous admettez que cette maladie a pu se développer brusquement, sans bouleverser, en quelque sorte, la physionomie de la première affection, sans amener une dyspnée extrême, dont il n'est aucunement fait mention; supposition non moins inadmissible que les précédentes. Dans l'impossibilité d'admettre ces conséquences, il faut reconnaître que M. Bouillaud, en disant que le malade avait été exploré avec soin tous les jours, s'est trompé ; qu'il a cru l'avoir exploré, sans l'avoir fait; et on admettra sans peine cette manière de voir, si l'on se rappelle que ce médecin n'a pu examiner le thorax en arrière, au moins tout semble l'indiquer, lors de sa seconde visite au malade, à cause de sa faiblesse; qu'il n'a recueilli aucune note sur l'état de sa poitrine les jours suivants, sans quoi il n'eût pas manqué de le dire. Sur tous les points, d'ailleurs, l'observation qui nous occupe atteste une négligence telle qu'on ne saurait l'attribuer à M. Bouillaud, et qu'il ne peut l'avoir admise dans son recueil que par distraction.

En effet, le jour où M. Bouillaud reconnut la pneumonie, il pratiqua l'auscultation et la percussion, mais sans rechercher les limites du râle qu'il entendait, sans dire s'il s'étendait ou non au-delà du son mat, s'il y avait bronchophonie ou égophonie, si le râle était voisin ou éloigné de l'oreille ; et quand, trois jours plus tard, l'exploration fut renouvelée, il trouva du *râle crépitant avec souffle dans les trois cinquièmes inférieurs de la poitrine*, bien que le même jour et quelques lignes plus loin, au même instant, en quelque sorte, le rédacteur de l'observation dise, qu'*en arrière, à gauche, la résonnance et la respiration sont assez bonnes* ; qu'*à droite et en arrière, la résonnance est faible.* Assertions qu'il n'est guère plus facile de concilier que oui et non (car une respiration un peu soufflante ne peut pas être une respiration

assez bonne), et qui atteste une grande distraction. Après ce jour, il n'est plus question d'auscultation et de percussion, et le malade sort sans que sa poitrine ait été examinée une troisième fois, sans qu'on ait pu savoir dans quel état se trouvaient ses poumons à sa sortie. Bien plus, il n'est question de douleurs de poitrine à aucune époque de la maladie, on ignore s'il y a eu des frissons, quel était le caractère de la toux, dont il n'est fait mention que dans la convalescence; on ne sait si la respiration a été haute, s'il y a eu de l'anxiété, si les quelques crachats rouillés, visqueux, dont il a été question deux fois, étaient aussi demi-transparents. C'est-à-dire que, dans un cas si remarquable, où tout était à noter, pour qu'il n'y eût de doute sur rien; où les moindres détails relatifs à l'affection intercurrente, pour admettre un instant les idées de M. Bouillaud, eussent eu de l'intérêt; tout manque, même les symptômes nécessaires pour que le diagnostic soit assuré, et pour qu'on puisse savoir si on a eu affaire à une pneumonie simple ou compliquée d'épanchement.

On n'opposera pas sans doute à ces réflexions la bonne foi et l'habileté de l'auteur. Sa bonne foi est d'autant plus irrécusable que les faits qu'il cite sont moins susceptibles d'être acceptés; et quant à son habileté, cet argument n'a pas plus de valeur, attendu que personne ne peut avoir la prétention d'être cru sur parole, et que c'est aux hommes habiles à donner l'exemple des bonnes observations : car où trouver des modèles en ce genre, si non dans les ouvrages des hommes habiles?

Ainsi l'observation qui nous occupe doit être considérée comme un cas de phlegmasie aiguë des organes de la respiration, incomplétement déterminée, latente pendant un certain temps. Elle doit être retranchée des onze cas analysés;

ce qui élève la durée moyenne de la maladie à vingt-neuf jours six dixièmes, chiffre presque identiquement le même que celui qui résulte de l'analyse des faits analogues qu'on trouve dans la première édition de cet ouvrage.

Ainsi, les onze faits dont il s'agit sont, comme les trois premiers, bien loin de prouver l'excellence de la méthode des saignées coup sur coup. Mais continuons, et passons à l'examen des faits de la seconde catégorie de M. Bouillaud, dite de moyenne gravité.

M. Bouillaud recommande aux hommes de bonne foi, aux amis sincères de la vérité, la lecture attentive de ces faits. La durée moyenne de la maladie a été ici de quinze jours, le *maximum* de dix-huit, le *minimum* de sept; et, pour chaque malade, l'époque de la convalescence commençante a été, suivant M. B.,

Pour le	15e	le 13e jour.
	16e	16e
	17e	12e
	18e	12e
	19e	47e
	20e	6e
	21e	15e
	22e	14e
	23e	6e
	24e	12e
	25e	18e
	26e	13e
	27e	7e

Et en replaçant la convalescence au moment où les malades ont mangé un huitième de portion, elle a lieu

Pour le	15e	le 29e jour
	16e	28e

Pour le 17e ..... le 19e (1) jour.
18e 15e
19e 47e
20e 8e
21e 18e
22e 16e
23e 8e
24e 17e
25e 20e
26e 14e
27e 8e

Ce qui donne, pour la durée moyenne de l'affe ction, dix-huit jours 11/13, ou près de dix-neuf jours; chiffre très différent de celui qui exprime la durée moyenne de la maladie, à peu près au même degré, on peut le présumer du moins, chez les sujets dont j'ai analysé l'histoire, qui ont été saignés du premier au dixième jour, et dont l'affection dura, terme moyen, vingt-cinq jours, ou trois de moins que dans les cas où aucune saignée ne fut pratiquée: en sorte qu'en admettant les faits de la seconde catégorie de M. Bouillaud comme autant d'exemples constatés d'affection typhoïde, il faudrait en conclure que, dans les cas légers, la méthode des saignées coup sur coup a un avantage sur les autres.

Mais les faits de cette seconde catégorie sont-ils tous des cas d'affection typhoïde; n'y a-t-il pas eu ici quelques erreurs de diagnostic? Voyons et commençons par l'examen des faits les plus saillants.

Celui qui fait l'objet de la vingt-troisième observation, une de celles dans lesquelles M. Bouillaud met la convalescence

(1) Ce malade fut mis, au douzième jour de l'affection, au 1/8, puis, le lendemain, au 1/4; mais dès le quatorzième il était au 1/8, le quinzième au bouillon, et il ne revint au 1/8 que le dix-neuvième jour; de manière que j'ai dû mettre sa convalescence à la même époque.

au sixième jour, est relatif à un jeune garçon de dix-sept ans, d'une constitution faible, atteint, deux jours avant son admission à l'hôpital, de céphalalgie, de douleurs lombaires et épigastriques. A l'entrée du malade, au soir : persistance de la céphalalgie, étourdissements légers quand il est debout, face un peu rouge, appétit diminué, ventre généralement un peu sensible à la pression, surtout à la fosse iliaque droite où il y a un peu de gargouillement; constipation depuis trois jours ; rien autre chose de remarquable. Le lendemain 8 avril : pouls à soixante-huit, développé ; peau chaude et sèche ; langue rouge et sèche ; céphalalgie, sommeil agité par des rêves ; ventre un peu gros, surtout dans la région sous-ombilicale ; gargouillement et douleurs dans la région iléo-cœcale. (*Saignée* 3 *pal.; vent. scarifi.* 2 *pal.*)

Le soir, le malade a quelques étourdissements, en voulant se lever.

Le 9 , son ventre est mieux, il accuse une douleur à la partie moyenne du sternum, il a de l'enchifrênement, sa peau est chaude et moite , son pouls de soixante-quatre à soixante-huit ; le gargouillement et une légère douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, persistent ; la langue reste sèche et rouge. (*Même traitement.*)

Le 10 : la constipation persiste, les dents et la langue sont moins sèches, le ventre plus affaissé, sans gargouillement, non douloureux ; le pouls à soixante-huit, la chaleur douce, le sommeil court et mêlé de rêves : la convalescence commence, dit l'auteur. (*Solut. chlor.; lav.; diète.*)

Le 11 : figure meilleure, langue humectée, appétit, soif moindre, une selle; pouls plein, développé, à soixante ; chaleur normale. (*Diète.*)

Le 12 : peau fraîche ; pouls à peine à soixante. (*Deux potages.*)

Le 13 : langue et chaleur naturelles; pouls de quarante-quatre à quarante-huit, assez plein (1/8).

Ainsi, voilà un garçon de dix-sept ans, dont la maladie a duré de sept à huit jours en totalité, qui n'a éprouvé aucun symptôme cérébral, aucune altération des fonctions des organes des sens, point d'obscurcissement de la vue, de dureté de l'ouïe, de bourdonnements d'oreilles, d'épistaxis, de faiblesse, supérieure du moins à celle qui a lieu par le plus petit mouvement fébrile, quelle qu'en soit la cause : à aucune époque de la maladie on n'a remarqué de taches roses, lenticulaires; la rate ne paraît pas avoir eu plus de volume que dans l'état normal, au moins ne dit-on pas le contraire: bien plus, au lieu de diarrhée, le malade a de la constipation; et M. Bouillaud considère ce sujet comme atteint d'une entéro mésentérite typhoïde de *moyenne gravité!* de moyenne gravité! quand il n'a existé aucun symptôme grave, quand le pouls, à l'entrée du malade à l'hôpital et au jour fixé pour le commencement de la convalescence, battait soixante-huit fois par minute! Qui pourrait voir dans le petit nombre de symptômes éprouvés par le sujet, dont le plus grave est la sécheresse de la peau et de la langue, et dans l'absence de tant d'autres qui ont toujours lieu en plus ou moins grand nombre dans le cours de l'affection typhoïde, même la plus légère; qui pourrait voir dans ces symptômes, non pas la preuve, mais seulement l'indice d'une affection typhoïde quelconque? Car, comme on l'a vu plus haut, ce n'est pas le nombre, mais le degré des mêmes symptômes, qui distingue une affection typhoïde grave, d'une affection typhoïde légère.

On dira peut-être que le malade éprouvait, à son entrée à l'hôpital, outre quelques symptômes généraux et com-

muns à beaucoup d'affections aiguës, quelques douleurs de ventre, un léger météorisme ; que la région iléo-cœcale était le siége d'un peu de gargouillement. Mais il y avait, il ne faut pas l'oublier, une constipation de trois jours à l'entrée du malade à l'hôpital ; la douleur de ventre était peu considérable ; le météorisme, au degré où il existait, n'avait rien de caractéristique et tenait probablement, comme la douleur, à la constipation. Quant au gargouillement de la région iléo-cœcale, on le rencontre assez souvent chez des individus non atteints de l'affection qui nous occupe ; M. Bouillaud lui-même en rapporte des exemples, et le sujet de sa cinquante-deuxième observation, qu'il considère comme atteint d'un simple embarras gastrique, avait le ventre généralement douloureux à la pression, surtout dans le flanc droit et dans la région iléo-cœcale ; de manière que les légers symptômes observés du côté du ventre ne peuvent, surtout dans l'absence de ceux qui appartiennent plus particulièrement à l'affection typhoïde, justifier en aucune manière le diagnostic de M. Bouillaud.

On peut en dire autant des éblouissements ; ils ont eu lieu dans deux cas d'embarras gastrique cités par le même auteur (obs. 56, et 71 de sa *Clinique*).

On ajoutera peut-être que si les symptômes caractéristiques de l'affection typhoïde n'ont pas eu lieu, c'est que le traitement n'en a pas permis le développement. Je veux bien admettre un instant cette argumentation ; mais alors comment voulez-vous que je considère comme suffisamment établi le diagnostic d'une affection dans laquelle, de votre aveu, les symptômes caractéristiques manquent ? D'ailleurs, comment croire à la toute-puissance du traitement dont il s'agit, quand, après deux jours de son emploi, au moment où la convalescence est déclarée, le pouls est tout juste

au même point que quand les premières saignées ont été pratiquées? quand on peut faire de semblables réflexions relativement à la sécheresse de la langue, qui n'a disparu, avec la constipation, qu'à la suite d'un lavement donné vingt-quatre heures après la dernière saignée? Évidemment le traitement a été sans influence appréciable, dans les cas actuel, sur la marche de la maladie, dont la terminaison eût peut-être été plus rapide, sans les saignées.

Mais quel nom donner à la maladie du sujet de l'observation qui nous occupe? Je réponds qu'il n'est pas toujours facile, même après l'examen détaillé et approfondi d'un malade, de se faire une idée nette de son état; à plus forte raison, quand on a négligé, comme ici, une foule de détails importants. Toutefois, comme il a été question, au deuxième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, d'enchifrênement, puis de douleur au sternum, sans dire, à la vérité, depuis combien de jours l'un et l'autre existaient; on serait tenté de croire, sans pouvoir l'affirmer toutefois, que le sujet dont il s'agit a eu un coryza, peut-être avec symptômes précurseurs, comme on l'observe quelquefois; et on expliquerait très bien, dans cette supposition, le léger mouvement de fièvre, la constipation, la sécheresse de la langue et l'anorexie incomplète du malade.

Mais ce qui doit surprendre le praticien, au moins autant que le diagnostic de M. Bouillaud, c'est la prescription d'un traitement antiphlogistique très énergique, sans qu'aucun symptôme un peu grave pût le motiver, dans un cas où il eût sans doute suffi de quelques délayants, d'un ou de deux jours de diète et de quelques lavements, pour ramener les fonctions à l'état normal. Tous les jours, en effet, on voit, dans les hôpitaux, des malades qui offrent un état plus ou moins

semblable à celui du sujet de l'observation actuelle, guérir après deux jours de diète.

Ainsi, le 26 avril 1839, j'observai, dans ma division à l'Hôtel-Dieu, un jeune garçon de seize ans et demi, d'une constitution assez forte, malade depuis l'avant-veille au matin. Sans cause connue, sans frisson préalable, il avait éprouvé, dès le début, des douleurs de ventre, de la céphalalgie, une faiblesse considérable, et les douleurs avaient commencé par le flanc droit.

Le second jour, 25 avril, trois selles liquides, et, en voulant aller à la garde-robe, chute, attribuée, par le malade, à la faiblesse.

Le troisième jour : stupeur, figure colorée, mouvements difficiles et lents, parole embarrassée; langue blanchâtre, humide, tirée lentement; soif médiocre, appétit très déprimé, presque nul, ventre météorisé, douleurs vis-à-vis l'ombilic, deux selles liquides; pouls à cinquante-six, sans caractère particulier; chaleur douce; ni taches roses, lenticulaires, ni *sudamina. (Solut. de sirop; tart. diète.)*

Le quatrième jour : langue dans le même état que la veille; figure meilleure, faiblesse un peu moindre; quelques gargouillements dans la fosse iliaque du côté droit; trois selles liquides; pouls à cinquante-quatre. (*Solut. sir. tartar.; deux soupes.)*

Le cinquième jour : faiblesse beaucoup moindre, appétit meilleur, le malade mange le quart de portion; et il est parfaitement rétabli, trois jours après, ayant eu, jusque-là, deux ou trois selles liquides par jour. Mais il ne quitte l'hôpital que neuf jours après y être entré, onze jours après le début, afin de pouvoir s'assurer que la convalescence est parfaite et ne se dément pas.

Certes, la céphalalgie, la faiblesse si considérables du

malade au début de l'affection, la lenteur de ses mouvements et de ceux de la langue en particulier, la stupeur, le météorisme, les douleurs de ventre, d'abord dans la fosse iliaque du côté droit, la diarrhée ; tous ces symptômes pouvaient et devaient faire redouter une affection typhoïde commençante, malgré le calme de la circulation qu'on rencontre rarement, dans des cas semblables, au même degré. Mais comme cependant aucun des symptômes indiqués n'était grave et n'exigeait l'emploi immédiat de moyens actifs, je me contentai de mettre le malade aux délayants, et dès le lendemain il était beaucoup mieux. Qu'un cas semblable se fût présenté à M. Bouillaud, les saignées coup sur coup eussent été employées, la convalescence en eût sans doute été retardée, et cet insuccès aurait été considéré comme le le triomphe de la méthode des saignées coup sur coup.

Que cet exemple ne soit pas perdu pour celui qui lira ces lignes, et qu'il n'oublie pas que plusieurs états pathologiques très différents, ont une expression symptomatique assez semblable *à leur début ;* qu'il existe, par cela même, dans beaucoup de cas, une grande incertitude sur le caractère de l'affection qui commence ; que quand il y a de l'incertitude sur le diagnostic, sans aucun symptôme grave, il faut attendre avant d'avoir recours aux moyens énergiques, sans quoi on s'expose à combattre des chimères, à tomber dans des erreurs continuelles et à y entraîner les autres.

On dira peut-être que je compare deux cas qui ne sont pas comparables, en ce qu'il y eut fièvre et sécheresse de la langue dans le cas de M. Bouillaud, tandis qu'il n'y eut ni l'un ni l'autre dans le fait que j'ai observé. A cela je réponds que le malade qui fait le sujet de la vingt-troisième observation de M. Bouillaud, eut peu de fièvre ; que son

pouls était à soixante-huit à son entrée, et au jour indiqué, par M. Bouillaud, comme le commencement de la convalescence; que si ce malade a eu la langue sèche, c'était seulement le matin, suivant toutes les apparences, ce qui pourrait bien tenir, au moins en grande partie, à ce que ce malade n'ayant plus de boisson à cette heure du jour, n'avait bu depuis long-temps, comme on en voit des exemples assez fréquents; et, ces deux objections écartées, les symptômes étaient plus graves assurément, convenaient mieux à une affection de l'abdomen, chez le malade de l'Hôtel-Dieu, que chez celui de la Charité.

Le sujet de la vingt-septième observation de M. Bouillaud, qui a aussi guéri en sept jours, était un homme de vingt-quatre ans, d'une constitution forte, vivant à la gargotte, ayant pris, contre son habitude, les 14 et 15 juillet, pendant qu'il travaillait à un soleil ardent, de l'absinthe et du cassis.

Le 16 : céphalalgie, courbature, faiblesse générale, soif assez vive, anorexie, chaleur; continuation du travail néanmoins.

Le 17, le malade s'alite.

Le 18, une douleur épigastrique s'ajoute aux symptômes précédents, et une saignée est pratiquée.

Le 19, à l'entrée du sujet à l'hôpital : étourdissements en marchant; air de stupeur légère, de prostration; supination, céphalalgie sus-orbitaire; insomnie, lèvres et dents sèches, langue rouge, lisse et rapeuse, à demi-grillée à son centre, un peu plus humide sur ses bords, moins chaude au toucher que l'abdomen, ce qui peut dépendre, ajoute M. Bouillaud, de ce que le malade respire par la bouche; soif vive, inappétence; malaise épigastrique augmentant avec les boissons et par la pression; épigastre un peu tendu, région sous-ombilicale souple et sans douleur notable; une selle so-

lide ; pouls à quatre-vingt-douze, médiocrement développé ; peau sèche, sueur copieuse la veille ; pas de dévoiement depuis le début. (*Saignée*, 3 *pal.* ; *vent scarif.*, *id.*)

Le 20 : mieux ; sommeil, pouls à quatre-vingt-huit ; langue lisse, encore sèche, beaucoup moins rouge que la veille ; ventre indolent, épigastre moins tendu, région sous-ombilicale affaissée ; ni gargouillement, ni éruption. (*Bains chlorurés.*)

Le 21 : langue encore lisse et fendillée à sa partie moyenne, s'humectant sur ses bords ; un peu d'appétit ; rien à remarquer du côté du ventre, à part deux selles de la veille ; chaleur médiocre, pouls à quatre-vingt-quatre ; nulle éruption ; convalescence commençante. (*Bouillon.*)

Le 22 : langue rosée, nette, humide ; pouls de soixante-huit à soixante-douze. (*Potage.*)

Le 23 : urine jumenteuse ; pouls à cinquante-deux ; langue humide, peau fraîche, etc.

Ainsi, comme dans l'observation précédente, ni frissons, ni altération de l'intelligence ou des fonctions des organes des sens, de la vue et de l'ouïe ; pas de diarrhée, de météorisme, etc., etc., et il faudrait placer ce cas parmi ceux de fièvre ou d'affection typhoïde ! Alors comment distinguer les faits de ce genre, de ceux dans lesquels, à la suite de fatigues plus ou moins considérables, on observe un peu de fièvre avec dégoût et courbature, qui se dissipent après quelques jours de repos, quelques verres de limonade et la diète ? Et remarquez bien qu'ici encore, outre la fatigue due au travail par une température élevée, le sujet avait pris, pendant les deux jours qui ont précédé le développement du petit nombre de symptômes qu'il a éprouvés, des liqueurs spiritueuses auxquelles il n'était pas habitué ; que cela suffit pour expliquer la légère douleur qu'il a éprouvée

à l'épigastre, la soif et l'état de la langue qui, très probablement, ne fut sèche, en grande partie, que parce que le malade respirait par la bouche, au point qu'elle en était fraîche, suivant la remarque de l'auteur. Regarder le cas en question comme un exemple de fièvre typhoïde, serait s'engager à donner ce nom aux indispositions les plus légères, ou aux maladies les plus minimes, dont le caractère ne serait pas déterminé (1).

La vingtième observation de M. Bouillaud (p. 155) est encore citée par lui comme un exemple du pouvoir presque merveilleux de la formule des saignées coup sur coup, même dans les cas où la prostration et l'adynamie forment, en quelque sorte, le caractère dominant de la maladie. Le cas serait assurément digne d'attention, s'il était démontré que le sujet de l'observation a été atteint de fièvre typhoïde, puisqu'il était convalescent, mangeait le huitième de portion, après huit jours de toute maladie : mais exposons le fait d'une manière succincte.

Le malade était un porteur d'eau, âgé de vingt-huit ans, malade depuis deux jours, lors de son admission à l'hôpital de la Charité ; ayant eu, au début, un frisson avec tremblement, accompagné de mal de tête et d'un affaiblissement assez considérable pour l'obliger à quitter ses occupations. *(Vin chaud sucré.)*

Le deuxième jour : selles liquides, séjour au lit. (*Eau vin*[e]).

Le troisième jour, 18 mai, à l'entrée à la Clinique : supination, abattement et stupeur légère, soupirs plaintifs, lassitude générale (le malade était venu à pied avec un bras), vertiges étant debout, céphalalgie ; dents et lèvres sèches,

(1) Si je n'ai pas fait mention, dans cette observation, de l'état de la rate qui était volumineuse, c'est parce que le sujet avait eu plusieurs fièvres intermittentes auxquelles cet excès de volume doit être rapporté.

langue humide, soif, inappétence, épigastre un peu douloureux, gargouillement iléo-cœcal, sans douleur locale à la pression, une selle liquide sans ténesme ; percussion et auscultation normales en arrière ; pouls à quatre-vingt-seize, un peu mou ; nulle éruption. (*Saign. 4 pal. le matin avec vent. scarif. 3 pal.; le soir saignée 3 pal., etc.*).

Le 19 : insomnie, un peu moins d'agitation et de céphalalgie; cependant, soif intense, langue sèche et demi-grillée, nausées sans vomissements, sept à huit selles liquides sans coliques, gargouillement iléo-cœcal, avec chaleur et tension du ventre, lequel est très sonore ; chaleur, pouls à cent quatre; crachats glaireux, au nombre desquels s'en trouvaient quelques-uns teints de sang, venant des fosses nasales ; étourdissements en se levant. (*Saign. 3 pal. 1/2 ; 30 sangsues à l'anus*).

Le 20 : mieux, sommeil la nuit ; chaleur douce, pouls à quatre-vingt-quatre ; langue humide, soif moindre, ventre souple, sept à huit selles, ni gargouillement ni éruption.

Le 21 : pouls à soixante-huit ; trois selles, appétit, convalescence commençante. (*Bouillon.*)

Le 22 : soif médiocre ; une selle ; pouls à soixante-douze. (*Potage ; asperges.*)

Le 23 : ventre indolent, sans gargouillement (1/8).

Comme les sujets des deux précédentes observations, celui-ci n'a pas éprouvé de symptômes cérébraux, à proprement parler, d'altération des fonctions des organes des sens ; aucune éruption n'a eu lieu chez lui, et il n'a pas été question du volume de la rate. De plus que les deux autres malades, il a eu de la diarrhée, et, comme le sujet de l'Hôtel-Dieu, un peu de stupeur, sans qu'elle ait été accompagnée d'une faiblesse aussi considérable. Jusque-là on ne voit pas trop comment on pourrait regarder la maladie de ce sujet comme

un exemple de fièvre typhoïde, si la maladie des autres appartient à une autre catégorie. Chez lui, à la vérité, la fièvre a été un peu plus considérable que chez les derniers : mais on voit tous les jours un mouvement fébrile au moins aussi intense, avec ou sans symptômes locaux, dans l'absence des phénomènes qui caractérisent l'affection typhoïde, disparaître après une durée de trois ou quatre jours, sans qu'on ait prescrit autre chose que des délayants, le repos, la diète. Que si, contre toute raison, il fallait reconnaître dans ce cas une affection typhoïde, il faudrait alors admettre que cette maladie guérit quelquefois spontanément, et avec autant de rapidité, au moins, que par les saignées coup sur coup. Ainsi, dernièrement encore, j'ai observé à l'hôpital Beaujon, une femme de vingt-trois ans, qui fut prise tout d'un coup, dans la convalescence d'une gastralgie, d'un mouvement fébrile très marqué, sans symptômes locaux, avec anorexie, soif assez intense, la percussion et l'auscultation de la poitrine n'offrant rien de remarquable. Je crus d'abord observer les prodrômes d'une varioloïde dont il y avait, alors, un cas dans ma division : mais, après trois jours et demi, la fièvre disparut, sans éruption, dans l'espace de quelques heures, sans que rien eût été prescrit, à part les délayants et la diète, auxquels je me bornai; n'ayant à combattre qu'un mouvement fébrile sans symptômes locaux capables de faire croire à l'existence d'une affection quelconque, bien déterminée. Qu'à l'exemple de M. Bouillaud, ou de tout autre médecin trop pressé d'agir, j'eusse prodigué les saignées, la malade dont il s'agit aurait peut-être été encore assez promptement convalescente, et les saignées coup sur coup auraient eu l'honneur d'une guérison qui appartenait à la nature. Si vous voulez nous convaincre de l'immense supériorité des saignées coup sur coup dans le traite-

ment de l'affection typhoïde, faites d'abord que l'existence de cette maladie, dans les cas cités par vous, ne puisse être l'objet d'aucune espèce de doute; qu'on ne puisse pas, en étudiant vos observations avec soin, les interpréter d'une manière différente de celle dont vous les interprétez vous-même.

Si les trois observations que je viens d'analyser d'une manière succincte sont les plus remarquables de la catégorie qui nous occupe, sous le rapport du traitement, elles ne sont pas les seules dans lesquelles il y a eu erreur de diagnostic. Il en a été de même pour les observations 24, 25 et 26, relatives à des malades qui n'eurent pas de frisson initial, de délire, d'assoupissement, d'épistaxis, de bourdonnements d'oreilles, de diarrhée. Deux d'entre eux furent sans fièvre (obs. 24, 26), ou en offrirent à peine des traces. Un seul eut quelques taches roses, lenticulaires ; un autre un peu de stupeur, pour un jour seulement, bien que le temps n'ait manqué, dans aucun de ces cas, pour la production de ces phénomènes, surtout chez le sujet de la vingt-quatrième observation, dont la maladie a duré, non pas douze jours, mais dix-sept ou vingt-cinq ; période assez longue pour qu'il n'y ait pas à s'émerveiller beaucoup au sujet des saignées coup sur coup, alors même que, contre toute apparence, on voudrait ranger cette observation parmi les exemples de fièvre typhoïde.

Quant à la vingt-cinquième , outre l'absence des symptômes qui caractérisent l'affection typhoïde, il est digne de remarque que la maladie a succédé à une violente contrariété, c'est-à-dire à une circonstance qui suffit souvent pour exciter un malaise universel, un mouvement fébrile d'une certaine violence, sans qu'aucun organe soit affecté d'une manière appréciable ; que peu après le début, les règles de la malade, qui venaient à leur époque, ont mal coulé, puis

se sont arrêtées; circonstances qui suffisent assurément pour rendre compte de l'irritation gastrique et des autres phénomènes observés.

Ainsi, parmi les treize observations qui nous occupent, six, ou près de la moitié, ne peuvent être considérées comme des exemples d'affection typhoïde. On peut encore en dire autant de la dix-neuvième, relative à un sujet qui était malade depuis six semaines à son entrée à l'hôpital, et dont l'histoire n'a pas été recueillie avec soin; de telle sorte que ce cas laisse beaucoup de doute sur son véritable caractère. Et relativement aux six autres, il est encore vrai de dire qu'on a négligé la recherche d'un grand nombre de symptômes dont l'existence aurait rendu le diagnostic beaucoup plus certain. Le lecteur s'en convaincra sans peine, en lisant, avec attention, les 15e, 16e, 17e, 18e, 21e, 22e observations, sur chacune desquelles je ne saurais m'arrêter. Je ferai remarquer seulement que le sujet de la quinzième, qui fut convalescent après quinze jours de maladie, avait, au quatrième, une tache rose, lenticulaire ; ce qui peut faire croire que le début de la maladie n'a pas été fixé avec précision, qu'il a été placé trop tard ; car il doit arriver bien rarement qu'on observe des taches roses, lenticulaires, à une époque aussi rapprochée du début. Le malade qui fait l'objet de l'observation suivante, déclaré convalescent au seizième jour de la maladie, ne l'était réellement qu'au vingt-neuvième, et de nouveaux accidents survenus alors, ne lui permirent de quitter l'hôpital qu'après y avoir fait un séjour de deux mois. L'histoire de ce malade est peu favorable, on en conviendra, à l'objet que se propose M. Bouillaud, l'immense supériorité des saignées coup sur coup, sur les autres méthodes de traitements de l'affection typhoïde.

En tenant compte des retranchements qu'on ne saurait

s'empêcher de faire, d'après les remarques qui précèdent, les vingt-sept observations de M. Bouillaud se réduisent à dix-neuf, parmi lesquelles trois sont relatives à des sujets qui ont succombé ; ce qui élève le chiffre de la mortalité à un sixième, à très peu près, au lieu d'un neuvième.

Ce chiffre, à la vérité, est encore inférieur à celui qui résulte de l'analyse des faits que j'ai recueillis avant 1828 à l'hôpital de la Charité; mais il ne prouve rien en faveur de la supériorité du traitement de M. Bouillaud, sur celui que j'ai indiqué; car le lecteur n'a pas oublié, d'une part, que, dans mes analyses, j'ai compris tous les cas d'affection typhoïde qui se sont présentés à mon observation, même les plus désespérés, même ceux dans lesquels la mort est survenue quelques heures après l'entrée des malades à l'hôpital, et que je n'avais pas vus pendant la vie : ce que n'a pas fait M. Bouillaud. D'autre part, les malades venus dans des circonstances plus favorables, n'ont pas été traités, à beaucoup près, par les moyens que j'ai indiqués comme préférables, d'après l'analyse des faits relatifs aux individus atteints d'une manière grave et qui ont guéri. De manière que la mortalité donnée par M. Bouillaud, comparée à celle qui résulte de l'analyse des faits que j'ai recueillis, est trop faible par trois raisons : la première, parce que M. Bouillaud a placé parmi les cas d'affection typhoïde des faits étrangers à cette maladie; la seconde, parce qu'il a écarté de ses relevés les malades qui lui ont paru désespérés, ou qui sont morts peu après leur admission à l'hôpital, ce que je n'ai pas fait ; la troisième, parce que les malades dont j'ai analysé l'histoire, n'ont pas tous été traités, à beaucoup près, de la manière que j'ai considérée, en 1828, d'après les faits analysés, comme bonne, *et que j'ai conseillée en attendant mieux.*

Un autre fait vient à l'appui de ces réflexions, savoir : que

la durée moyenne des cas graves, chez les sujets qui ont guéri, a été sensiblement la même dans les faits analysés par M. Bouillaud et dans ceux que j'ai étudiés moi-même. Or, il est difficile de croire qu'une méthode de traitement qui n'abrège pas plus la durée d'une affection qu'une autre, ait plus d'influence qu'elle sur la mortalité.

Toutefois, en admettant que de nouveaux faits confirment les résultats des essais de M. Bouillaud, tels qu'on doit les admettre, après les rectifications indiquées, il faudrait en conclure que si la méthode des saignées coup sur coup n'a pas les avantages que lui avait assignés son auteur, elle n'a pas non plus la funeste influence que plusieurs personnes lui ont attribuée, et qu'on devait être tenté de lui attribuer au premier abord.

Une dernière remarque relative au chiffre *rectifié* de la mortalité des malades traités par M. Bouillaud, c'est que ce chiffre est à peu près le même que celui qui a été donné par le docteur Montault, dans son mémoire sur l'analogie et les différences qui existent entre le typhus et l'affection typhoïde (1).

« Pendant les deux années (de 1836 à 1838) que nous avons » eu l'honneur d'être attaché, dit ce médecin, en qualité » de chef de Clinique, au service de M. Bouillaud, nous » avons pu observer un grand nombre de ces maladies (af- » fection typhoïde) traitées suivant la formule des saignées » coup sur coup : en voici le résumé statistique :

» Sur quatre-vingt-douze cas de fièvre ou entéro-mésen- » térite typhoïde bien caractérisée, soixante-quatorze se » sont terminés par la guérison et dix-huit par la mort ; » mortalité 1 sur 5 2/18. Des soixante-quatorze cas de gué-

(1) *Mém. de l'Acad. royale de médecine*, Paris, 1838, t. VII, p. 282.

» rison, quarante-trois étaient légers, vingt-quatre d'inten-
» sité moyenne, sept graves; et parmi les dix-huit cas de
» mort, il y en a eu six d'intensité moyenne et douze graves.

» En ajoutant aux quatre-vingt-douze cas dont il s'agit, neuf
» cas de fièvre bilieuse simple, et cinq cas de fièvre typhoïde
» douteuse ou incomplétement caractérisée, on obtient,
» pour dernier résultat: cent six malades, quatre-vingt-huit
» guérisons, dix-huit morts; mortalité 1 sur 5 16/18. »

Voilà, certes, un accord bien remarquable entre deux séries de malades traités de la même manière, par le même médecin; et cet accord, en fortifiant mes conclusions, doit donner au lecteur une nouvelle confiance dans les remarques qui précèdent.

Afin de savoir à quoi m'en tenir sur la valeur des conseils que j'avais déduits de mes analyses, dans la première édition de cet ouvrage, j'ai traité de la manière qui s'y trouve indiquée, ou à très peu de chose près, comme on va voir, tous les malades atteints d'affection typhoïde, reçus dans ma division à l'hôpital de la Pitié, de 1830 à 1835. Ces malades, au nombre de cent (1), furent tous saignés, perdirent de quatre cent cinquante à sept cent grammes de sang, en deux fois, dans les dix premiers jours de l'affection; prirent, cha-

(1) M. le docteur Barth, dans une notice statistique très bien faite, dont il sera question tout à l'heure plus au long, et qui a été insérée dans le 1er n° de la *Presse médicale* de 1837, parle de ces mêmes malades dont il porte le nombre à 105, d'après une note que je lui avais remise. Mais après une nouvelle lecture de mes observations, trois d'entre elles m'ayant offert des doutes sur le caractère de la maladie à laquelle elles ont rapport, je les ai retranchées du nombre total, qui s'est ainsi trouvé réduit à 100. J'ajoute que trois malades entrés presque mourants et emportés deux jours après leur entrée à l'hôpital, n'ont pas été compris dans mon relevé.

que vingt-quatre heures, une bouteille d'eau de Seltz avec un ou deux pots d'une solution de sirop de gomme; presque tous aussi reçurent, tous les jours ou tous les deux jours, des lavements émollients, quelques-uns des lavements ou des demi-lavements d'eau de chaux, dans les cas de météorisme très prononcé; d'autres, prirent de petites doses d'opium dans les cas d'insomnie ou de léger délire, ou même à raison de quelques soubresauts dans les tendons; et douze malades seulement succombèrent, ou un peu moins d'un huitième; proportion moins considérable de beaucoup que celle à laquelle il faut porter, comme nous l'avons vu, la mortalité des sujets traités par M. Bouillaud, au moyen des saignées coup sur coup.

En admettant que l'eau de Seltz puisse revendiquer une part dans ces résultats, une part semblable pourrait être revendiquée pour les chlorures que M. Bouillaud a employés concurremment avec les saignées; de manière que ces faits, sous le rapport des émissions sanguines, n'en restent pas moins comparables.

On peut en dire autant relativement à la proportion des cas graves et des cas légers, qui était à peu près la même dans les faits analysés par M. Bouillaud et dans ceux dont il s'agit; les cas légers ne formant qu'un peu plus de la troisième partie de ces derniers. De manière que, contrairement à ce qui semblait découler naturellement des faits, en bien petit nombre à la vérité, il semblerait que les saignées coup sur coup, employées dans le cours de l'affection typhoïde, sont nuisibles, ou du moins inférieures, et à un degré assez considérable, aux saignées médiocres et proportionnées, d'ailleurs, à l'intensité du mouvement fébrile et à la force des sujets.

Cependant, encore que la mortalité ait été moindre dans

les cas dont il s'agit que dans ceux analysés par M. Bouillaud, aucun des sujets auxquels j'ai donné des soins ne fut convalescent avant le quatorzième jour, à compter du début de l'affection ; tandis que M. Bouillaud place la convalescence de plusieurs de ses malades au septième jour ; preuve nouvelle qu'il y a eu, dans ces cas, erreur de diagnostic : car, comment admettre que la convalescence arrive plus rapidement à la suite de la médication qui a le moins de succès, qu'après celle qui en a le plus ?

Les faits qui nous occupent ne font d'ailleurs que confirmer ce que l'expérience apprend tous les jours, que les grands succès en thérapeutique tiennent trop souvent à des erreurs de diagnostic.

En définitive, et à en juger par les faits qui précèdent; en admettant que des faits plus nombreux conduisent toujours au même résultat, il faudrait conclure que les saignées médiocres, telles que je les ai conseillées dans la première édition de cet ouvrage, sont plus utiles, ont plus de succès dans le cours de l'affection typhoïde, que les saignées nombreuses et répétées coup sur coup (1).

Ce serait bien vainement, d'ailleurs, qu'on chercherait à éclairer le point de thérapeutique qui nous occupe, par ce qu'on trouve, à ce sujet, dans les ouvrages modernes les plus

(1) Quant aux faits de la 3e catégorie de la première série que M. Bouillaud a écartés de ses analyses, à raison de leur peu de gravité, il y avait non pas générosité de sa part, comme je l'ai dit d'abord (p. 396 de ce volume) mais nécessité; puisque parmi ces observations, au nombre de 23, il en est à peine deux, les 35e et 43e dans lesquelles on puisse, malgré l'absence d'un grand nombre de symptômes importants, reconnaître une affection typhoïde. Les autres ne comportent pas même le doute, et il est évident, à la première lecture, qu'elles n'appartiennent pas aux faits qui nous occupent.

justement estimés. Ainsi, Dance qui finit par nier l'utilité de toute espèce de traitement actif dans l'affection typhoïde, Dance, en exposant quelques cas graves de cette maladie traitée sans succès par la saignée, ne prouve absolument rien à cet égard ; puisqu'il est toujours possible de trouver des cas relatifs à une maladie dont le traitement est le plus sûr, qui résistent à tout. — M. Gendron, dont personne sans doute ne contestera l'excellent esprit et la sagacité, finit par dire (1) qu'il lui a *semblé* que la saignée du bras est utile dans le premier septenaire de l'affection typhoïde, quand les symptômes cérébraux se montrent graves, chez les individus sanguins : c'est-à-dire que M. Gendron donne une opinion, sans prouver son exactitude, ainsi qu'on l'a fait à peu près constamment, jusqu'ici, en thérapeutique. — Chercher, par l'analyse du petit nombre d'observations d'affection typhoïde données par les auteurs, à connaître le degré d'utilité du traitement qu'ils ont employé, serait parfaitement inutile, par cela même que ces auteurs ont fait des choix, et que pour apprécier rigoureusement l'action d'un agent thérapeutique quelconque, sur la marche et l'issue d'une maladie, il faut, avant tout, ne faire abstraction d'aucun des cas dans lesquels cet agent a pu être appliqué avec méthode, à temps, dans des circonstances bien déterminées. Je ne m'étendrai donc pas davantage sur le traitement antiphlogistique, et je passe aux évacuants.

(1) *Épidémies des petites localités, journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er vol. p. 225.

CHAPITRE II.

ÉVACUANTS.

La verve entraînante et l'incontestable talent littéraire de M. Broussais, devaient, au moins pour un temps, lui rallier presque tous les esprits, tous ceux à qui une vie laborieuse ne permet pas de lire les ouvrages des hommes célèbres avec une attention soutenue. Les médecins qui ont quelque loisir, ceux qui peuvent ne rien admettre sans preuve, devaient encore se sentir plus ou moins entraînés par l'opinion dominante; tous devaient chercher à vérifier, au lit du malade, ce qui leur était annoncé avec tant de chaleur, alors même qu'ils recevaient avec défiance des propositions qui ne leur paraissaient pas démontrées: et l'on s'explique, par là, comment il se fait qu'à l'époque à laquelle j'observais à l'hôpital de la Charité, on n'eut guère recours, dans le traitement de ce qu'on appelait encore alors les fièvres, qu'à deux ordres d'agents, aux saignées et aux toniques; et comment aussi, les évacuants, si vantés dans le siècle dernier, furent entièrement négligés.

On s'explique encore l'oubli des purgatifs, à cette époque, par d'autres raisons, et surtout par l'état d'imperfection où les médecins qui ont le plus vanté leur usage, dans le traitement des fièvres, avaient laissé l'histoire de ces maladies. Jusque dans ces derniers temps, en effet, on ignorait et leur caractère anatomique et leurs symptômes vraiment caractéristiques. Les erreurs de diagnostic devaient être, par cela même, fréquentes; et en recourant aux évacuants, on se fût adressé à des agents employés dans des cas mal déterminés, et sur l'efficacité desquels on devait, dès-lors, avoir bien des doutes. D'ailleurs, les médecins du siècle dernier n'étaient pas

d'accord entre eux sur l'utilité de l'émétique et des purgatifs, dans ce qu'ils appelaient les fièvres : autre motif de ne pas recourir à ces médicaments. Ajoutons qu'il eût été impossible, toute question de diagnostic à part, de savoir, par la lecture attentive des ouvrages des médecins dont il s'agit, qui avait tort, qui avait raison, faute de matériaux, de faits nombreux, recueillis par eux indistinctement, sans choix, exposés et analysés d'une manière rigoureuse : de telle sorte que si la valeur des évacuants, dans le traitement de la fièvre typhoïde, est mise un jour hors de doute, l'honneur en sera tout entier aux modernes.

Cependant, et malgré l'éclat de la doctrine de M. Broussais, quelques médecins, parmi lesquels il faut compter Lerminier à Paris, et surtout M. Bretonneau à Tours, prescrivaient plus ou moins fréquemment les purgatifs, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Mais c'est à un médecin de l'hôpital Necker, à M. De Larroque, qu'on doit d'avoir ramené l'attention des médecins sur l'emploi de ces agents dans le traitement de la maladie qui nous occupe (1).

M. De Larroque, dont je dois avant tout exposer les idées et les préceptes, fonde la nécessité du traitement évacuant sur ce qu'il existe, au début de la fièvre typhoïde, un *état saburral* des premières voies, auquel il attribue tous les symptômes typhoïdes, même l'altération des plaques elliptiques de Peyer ou des follicules de Brunner, qu'il considère, par cette raison, comme secondaire : « C'est, dit-il, l'action des liquides dégénérés sur le canal alimentaire qui amène l'altération de ces organes ; aussi est-ce particulièrement dans le lieu où ces liquides sont accumulés que se rencon-

(1) Voyez le n° 33 de la *Presse médicale, ancien journal hebdomadaire*, 26 avril 1837. — *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, t. 482.

trent les altérations organiques; et, comme d'autre part, la corruption de ces fluides est proportionnelle à l'ancienneté de la maladie; comme, malgré les évacuations spontanées, ils séjournent très long-temps dans l'intestin grêle; comme enfin leur stagnation ne saurait se prolonger sans qu'ils ne finissent par pénétrer en plus ou moins grande masse dans le torrent circulatoire; il admet cette translation, au moyen de laquelle il croit pouvoir rendre compte des troubles qui, tôt ou tard, se montrent dans l'ensemble de l'organisme » (1).

Sans doute, cette théorie ne supporte pas un examen approfondi. D'une part, comme on l'a déjà remarqué, l'altération des liquides dont parle l'auteur, du moins au début de la maladie, n'est pas prouvée; de l'autre, des liquides profondément altérés restent souvent en stagnation dans le canal intestinal, dans l'estomac ou l'intestin, dans les cas de cancer, d'étranglement complet ou incomplet, de dysenterie avec ulcérations plus ou moins profondes de la membrane muqueuse du colon, etc., sans qu'on observe les symptômes de l'affection typhoïde. Ceux-ci, et surtout les plus remarquables d'entre eux, les phénomènes cérébraux, et ceux qui tiennent au trouble des organes des sens, se développent quelquefois à une époque très rapprochée du début, quand on ne peut pas supposer à la fois une altération des liquides contenus dans l'intestin, et leur transport dans le torrent de la circulation, etc.

Quoi qu'il en soit de cette théorie, M. De Larroque n'emploie pas les évacuants dans des circonstances particulières, dans une certaine période de la maladie, quand elle affecte telle et telle forme; mais dans toutes ses formes, dans tout son cours, jusqu'à complète convalescence, jusqu'à ce que

(1) *Mémoire sur la fièvre typhoïde*, Paris 1839, page 5.

la fièvre ait complétement cessé. Et les purgatifs ne sont pas les seuls évacuants auxquels il ait recours ; il donne presque constamment, au début de son traitement, de 5 à 6 centigrammes de tartre stibié en lavage, plus rarement l'ipécacuanha, à raison du dégoût qu'il excite chez beaucoup de malades, et aussi parce qu'il amène plus rarement des évacuations alvines. Donné dès le commencement (p. 119), et après une indication bien précise (celle des symptômes gastriques), le vomitif a encore, suivant M. De Larroque, l'avantage d'abréger sensiblement le cours de la fièvre typhoïde, de lui imprimer, en général, un caractère bénin, et de prévenir une foule d'anomalies qui se développent avec une intensité relative à la multiplicité et à la gravité des symptômes précurseurs. Jamais, ajoute-t-il, les malades ne se trouvent plus soulagés que lorsque le vomitif provoque en même temps, ou successivement, des évacuations supérieures et inférieures ; et maintes fois il arrive que les sujets qui avaient la bouche très sèche et pour ainsi dire aride, l'ont bientôt humide, quand des vomissements copieux ont pu être déterminés (p. 120). Aussi, quand l'effet d'un premier vomitif a été nul ou peu remarquable, il est nécessaire d'y revenir de nouveau et d'en augmenter la dose, surtout si les symptômes saburraux réclament impérieusement l'emploi d'un pareil moyen (p. 121-122).

Loin d'être arrêté, dans l'administration des purgatifs, par la diarrhée, les douleurs abdominales et le météorisme, ce sont là, au contraire, les raisons qui engagent M. De Larroque à ne pas différer l'emploi de ces médicaments (125) : car, dans son opinion, plus on laisse séjourner sur la muqueuse intestinale la cause matérielle de la maladie, plus il est à craindre que son altération ne devienne profonde et ne concoure à la perte plus ou moins rapide des malades.

On objectera peut-être, continue-t-il, que quand il y a diarrhée spontanée, on n'a pas besoin d'administrer les purgatifs, puisque la nature procure elle-même les évacuations que je regarde comme nécessaires. Mais selon l'auteur du mémoire, la nature rejette bien moins, en général, la cause matérielle de la maladie, que les liquides sécrétés par la surface enflammée; et puis, quand elle se charge de ce soin, elle le fait avec beaucoup trop de lenteur.

D'ailleurs, les modifications salutaires, produites par les évacuants, sont d'autant plus évidentes en général, suivant M. De Larroque (p. 127), que les déjections ont été plus abondantes, qu'on s'est plus empressé de les déterminer, et qu'on met moins d'interruption dans l'administration des laxatifs. Si les déjections s'arrêtent après avoir été provoquées abondamment, il est rare, dans le commencement de la maladie, que les accidents typhoïdes, qui avaient diminué, ne se reproduisent et ne s'aggravent, en proportion de la négligence que l'on met à rendre de nouveau le ventre libre : mais si l'on se hâte de remplir cette indication, les accidents de la récidive ne sont pas, en général, de longue durée. Quand toutefois les sujets éprouvent des coliques et des superpurgations, il est bon de suspendre, pendant vingt-quatre heures, l'administration des laxatifs ; parce qu'en insistant sur leur emploi, on pourrait ajouter à l'inflammation dothinentérique une phlegmasie érythémateuse.

On peut, au fur et à mesure que l'état général s'améliore, interrompre de temps en temps les évacuants inférieurs; mais il ne faut, en général, cesser de les mettre en usage que lorsque la maladie est complétement vaincue (p. 128).

Les laxatifs suffisent ordinairement, et l'on ne doit recourir aux drastiques que dans les cas de constipation opiniâtre.

Aux laxatifs (eau de Sedlitz, huile de ricin, calomel),

M. De Larroque joint les cataplasmes émollients sur l'abdomen, quand l'intestin lui paraît très douloureux, les boissons acidulées, les lavements émollients matin et soir ; et il ne s'écarte pas de ce traitement tant que les phénomènes typhoïdes persistent : puis, le mouvement fébrile terminé, il hâte le retour des forces à l'aide de légers toniques.

Les résultats de ce traitement sont on ne saurait plus satisfaisants, si l'on en juge par les faits recueillis par M. De Larroque et mis, par lui, sous les yeux de l'Académie royale de médecine. En effet, la durée moyenne du traitement serait, d'après ces mêmes faits, de dix jours, à partir de l'admission des malades à l'hôpital, et la mortalité, d'un dixième seulement, ou de dix sujets sur cent, en y comprenant les malades arrivés mourants : dernière circonstance qui permettrait encore de baisser le chiffre de la mortalité, puisque quand il s'agit de juger le degré d'influence d'une méthode thérapeutique quelconque sur l'issue d'une maladie, on doit écarter, des faits analysés, ceux qui sont relatifs aux malades qui n'ont pu être traités à temps, ou qui l'ont été seulement à une époque où il n'était plus possible d'espérer de succès d'aucun agent thérapeutique.

J'ajouterai, qu'en lisant, avec soin, les observations consignées par M. De Larroque dans son mémoire, on y reconnaît autant d'exemples de l'affection typhoïde ; et si tous les faits compris dans son résumé sont aussi bien caractérisés que ces derniers; si, comme tout porte à le croire, M. De Larroque n'a fait aucun choix, s'il a analysé *indistinctement* tous les faits qui se sont présentés à son observation, dans un temps donné ; il devient infiniment probable que le traitement évacuant est préférable à ceux qui ont été employés dans ces derniers temps, même à celui que j'avais conseillé moi-même, *provisoirement*, et dont j'ai exposé les résultats à la fin du chapitre précédent.

Il est d'ailleurs d'autant plus probable que les faits analysés par M. De Larroque sont autant de cas d'affection typhoïde, que nulle part ce médecin n'annonce avoir jugulé la maladie ; qu'il dit seulement en abréger la marche et en rendre les accidents moins fâcheux.

Plusieurs médecins, après M. De Larroque, ont combattu l'affection typhoïde par les évacuants avec un succès non moins marqué. Je citerai parmi eux M. le docteur Weber, de Mulhouse, dont le talent égale la probité scientifique, mais qui n'a pas publié, je le crois du moins, l'analyse de ses travaux à ce sujet ; de manière qu'il m'est impossible de les apprécier rigoureusement.

D'autres praticiens, il est vrai, n'ont pas été aussi heureux. Ainsi, sur cent trente-quatre malades traités par M. Piédagnel à l'Hôtel-Dieu, au moyen des évacuants, dans les années 1834 et 1835, dix-neuf sont morts, ou un septième et une fraction (1). On peut croire toutefois, d'après les termes de sa communication faite à l'Académie royale de médecine, que M. Piédagnel a compris, parmi ses malades, des individus qui n'étaient pas atteints d'affection typhoïde, et qui ont un peu augmenté le chiffre de la mortalité indiquée : de manière que la différence entre les résultats obtenus par lui et par M. De Larroque est moindre, en réalité, qu'elle ne semble au premier abord. En effet, afin d'apprécier plus nettement l'influence des purgatifs sur le traitement de l'affection typhoïde, M. Piédagnel distingue plusieurs variétés de cette maladie : 1° la fièvre typhoïde simple, dont tous les cas, ou soixante-neuf sur les cent trente quatre qu'il a traités, ont guéri ; 2° la fièvre adynamique, qui a

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, t. 1er, page 493.

fourni quarante-neuf cas, dont dix relatifs à des individus qui ont succombé ; 3° la fièvre typhoïde ataxique, caractérisée par des symptômes cérébraux et par des lésions qui ont leur siége dans les organes encéphaliques, fièvre qui a fourni quatorze malades, dont sept ont succombé ; 4° enfin, la fièvre typhoïde foudroyante, qui a compté deux cas, tous deux funestes, et relatifs à des sujets à l'autopsie desquels on n'a trouvé aucune lésion anatomique.

Évidemment ces deux derniers cas ne peuvent être comptés dans le chiffre de la mortalité ; car on ne peut donner le nom de fièvre typhoïde à une affection qui enlève brusquement un malade, sans laisser de traces ; cette affection pouvant tout aussi bien être une fièvre éruptive ou une autre maladie, qu'une affection typhoïde. Peut-être pourrait-on en dire autant de plusieurs cas de la variété à laquelle M. Piédagnel donne le nom d'ataxique typhoïde, et dont le caractère anatomique serait dans l'encéphale ; puisque, d'une part, le caractère anatomique de l'affection typhoïde n'a pas son siége dans l'encéphale, et que de l'autre il n'est pas dit, si, dans ces mêmes cas, les plaques elliptiques de Peyer étaient plus ou moins profondément altérées : en sorte que les faits recueillis par M. De Larroque et ceux qui l'ont été par M. Piédagnel, ne sont pas entièrement comparables, et que la différence indiquée dans les résultats du traitement de ces deux médecins, est peut-être plus apparente que réelle, comme je l'indiquais tout à l'heure.

Sur quarante-huit sujets traités au moyen des purgatifs par M. Andral, à l'hôpital de la Charité, et dont il est question dans son rapport à l'Académie royale de médecine, au sujet du travail de M. De Larroque (1), huit ou la sixième

(1) *Bulletin de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837 t. 1er. page 482.

partie ont succombé; proportion encore un peu plus considérable que celle indiquée par M. Piédagnel, mais au sujet de laquelle aucune discussion ne peut avoir lieu, faute de détails sur les faits.

De mon côté aussi j'ai cherché à connaître, par des faits cliniques, la valeur des purgatifs, dans le traitement de l'affection typhoïde, et j'ai traité, par eux, trente-huit sujets entrés dans ma division, à l'hôpital de la Pitié, en 1835, depuis le mois d'avril jusqu'au mois de décembre de la même année. L'histoire de ces malades a été recueillie avec un grand soin par M. le docteur Barth, alors interne dans ma division. Il en a fait une analyse détaillée que la *Presse médicale* a publiée dans son numéro du 4 janvier 1837; et c'est de cette analyse, dans laquelle aucun détail important n'a été omis, que je vais extraire ce qui suit.

Sur les trente-huit sujets traités par les évacuants, sept, parmi ceux qui ont guéri, pouvaient offrir quelque doute relativement au caractère de leur maladie, et ils ont été retranchés de cette analyse. Sur les trente-un sujets restants et offrant tous les symptômes de l'affection typhoïde, trois seulement succombèrent, ou la dixième partie environ.

Ces sujets n'étaient pas tous atteints de la maladie au même degré : grave chez les uns, l'affection était de moyenne intensité, ou légère chez les autres.

1° *Les cas graves* étaient au nombre de neuf, et offraient généralement réunis, à un haut degré, tous les symptômes de l'affection typhoïde (prostration, stupeur, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, surdité parfois complète; étourdissements; selles fréquentes, souvent involontaires; taches roses, lenticulaires; nombreux *sudamina;* météorisme de l'abdomen, langue sèche; quelquefois assoupissement, fré-

quemment délire ; peau chaude, pouls accéléré (de cent huit à cent douze pulsations par minute). Aucun des sujets de cette série ni des suivantes n'offrit l'agitation, le délire furieux, qui caractérisent la forme ataxique.

Leur âge moyen était vingt-deux ans et demi ; six étaient au-dessous, trois au-dessus ; les extrêmes étaient dix-huit et quarante ans.

Sept d'entre eux sortirent guéris ; deux succombèrent, un peu moins d'un quart.

Chez ceux qui guérirent, l'affection remontait, terme moyen, à onze jours et demi à leur entrée à l'hôpital ; à moins de dix jours, chez trois, à plus de douze, chez quatre. Leur convalescence, comptée du jour où ils mangèrent le huitième de portion, eut lieu, terme moyen, vingt-trois jours et demi après leur admission à l'hôpital, trente-quatre jours et demi après l'invasion de la maladie ; et la durée totale de l'affection, depuis son début jusqu'à la sortie des malades de l'hôpital, fut de deux mois, aussi terme moyen.

L'eau de Sedlitz fut ordinairement administrée à la dose d'une bouteille par jour, quelquefois d'une demi-bouteille, ou d'un verre seulement, dans les cas où les premières doses étaient suivies de six à huit selles. L'emploi en fut momentanément suspendu chez quelques malades dont les évacuations alvines étaient trop nombreuses et trop fatigantes ; l'usage de ce médicament fut généralement continué, comme le veut M. De Larroque, jusqu'au moment où les symptômes s'amendèrent d'une manière évidente ; et, dans les derniers jours de son administration, on en diminuait la dose. Ou bien, sans déterminer cette dose, on prescrivait d'en prendre jusqu'à ce qu'il y eût deux ou trois évacuations ; et, dans deux cas où l'eau de Sedlitz était prise avec trop de répugnance, elle fut momentanément remplacée par

l'huile de ricin donnée pendant deux ou trois jours. — La boisson ordinaire était une solution de sirop de gomme ou de sirop tartareux. — Trois malades qui eurent de l'insomnie, du délire la nuit, prirent, avec un succès marqué, du sirop de pavot blanc à dose successivement croissante, de 4 à 20 grammes. Une infusion de k. k. fut administrée, avec avantage, à une femme, vers la fin de la maladie; et l'extrait sec de k. k., à dose croissante de 5 à 15 décigrammes par jour, a produit de bons effets chez deux hommes dont les forces tardaient à renaître, et qui présentaient une débilité générale avec absence de chaleur, de météorisme du ventre, et lenteur du pouls.

Les deux sujets qui succombèrent étaient âgés de dix-neuf à vingt-quatre ans; ils furent admis à l'hôpital le cinquième et le huitième jour après le début de la maladie; et leur mort eut lieu dix et vingt-un jours plus tard, dix-huit et vingt-six jours après l'invasion.

2° *Les cas moyens*, au nombre de huit (six hommes et deux femmes), offraient aussi la plupart des phénomènes morbides propres à la fièvre typhoïde. On y retrouvait, comme dans la série précédente, mais à un moindre degré, le malaise, le frisson, la céphalalgie, les brisements au début; puis, la dépression des forces, l'immobilité plus ou moins marquée des traits, les épistaxis, les bourdonnements, les vertiges, la diarrhée, le ballonnement du ventre, les taches roses, lenticulaires, les *sudamina*, généralement moins nombreux que dans la série précédente; la chaleur, l'accélération du pouls, qui battait de quatre-vingts à cent huit, etc., etc. Chez plusieurs la langue fut sèche, chez deux le pouls monta à cent seize et à cent vingt-huit. Une femme eut des selles involontaires; un malade était sans diarrhée lors de son entrée à l'hôpital, un autre eut de la

constipation dans les deux premiers jours. Enfin, l'une des deux femmes offrait, à son arrivée, les symptômes d'une angine avec dysphagie et dyspnée intense, pour lesquelles on fit une saignée suivie de l'application de vingt-cinq sangsues à l'angle des mâchoires.

L'âge moyen de ces sujets était vingt-quatre ans et demi; trois étaient au-dessous; les extrêmes étaient quinze et trente-six ans.

L'un d'eux mourut après soixante-trois jours de toute maladie, et quarante-huit jours après son entrée à l'hôpital, où l'on vit se développer tous les signes de la phthisie : et, à l'ouverture de son corps, on trouva des tubercules dans les deux poumons avec des excavations du côté gauche, les plaques elliptiques de Peyer ulcérées et en partie cicatrisées. Aucune émission sanguine n'avait eu lieu, et l'eau de Sedlitz avait été donnée pendant sept jours, à partir du lendemain de l'admission du malade à l'hôpital. — Chez les sept autres malades le début de l'affection remontait à sept jours et demi, terme moyen, lors de leur entrée à la Pitié, et deux seulement y furent admis après le dixième jour. — La convalescence eut lieu vingt jours après le début des premiers symptômes, et la durée totale de l'affection, depuis le début jusqu'à la sortie des malades, fut de trente-deux jours.

L'eau de Sedlitz fut administrée à ces malades de la même manière qu'à ceux de la série précédente; elle fut remplacée, momentanément, par l'huile de ricin chez l'un d'eux. La boisson fut de la limonade ou du sirop tartareux.—Chez l'une des deux femmes, le sirop de pavot blanc fut administré pendant deux jours avec avantage, et l'on associa, de temps en temps, aux moyens précédents, quelques lavements émollients.

3° Les sujets dont *l'affection fut légère* étaient au nombre de quatorze, déduction faite de ceux chez lesquels le diagnostic de la maladie n'avait pas le degré de certitude que doivent avoir, observe M. Barth, les faits qui servent de base à une bonne statistique. Deux de ces malades n'eurent pas de diarrhée; mais l'ensemble des autres symptômes qu'ils éprouvèrent (céphalalgie, bourdonnements, prostration dès le début, accélération du pouls, taches roses, lenticulaires, *sudamina*, etc., etc.), suffit pour caractériser la maladie, de manière à ne laisser aucune espèce de doute à cet égard.—L'âge moyen des sujets était vingt-cinq ans. Six étaient au-dessous, huit au-dessus; les extrêmes étaient quinze et trente-cinq. — Le début de l'affection remontait à neuf jours, terme moyen, à l'entrée des malades à l'hôpital. Dix d'entre eux y furent admis avant, quatre après ce terme. Tous sortirent guéris de l'hôpital.

La convalescence eut lieu, terme moyen, dix jours après l'admission du sujet à la Pitié, et dix-neuf jours après le début des premiers symptômes.

Le traitement de ces malades n'offrit rien de remarquable. L'eau de Sedlitz leur fut administrée de la manière précédemment indiquée, et, terme moyen, pendant cinq jours. Elle fut remplacée, une seule fois, chez un sujet, par 45 grammes d'huile de ricin. La boisson habituelle fut la solution de sirop tartareux ou la limonade citrique en plus ou moins grande quantité.

Dans un cas où la céphalalgie était vive et opiniâtre, on eut recours à une application de sangsues sur les apophyses mastoïdes, et, comme c'est le plus ordinaire, sans succès évident.

Les cas dont il vient d'être question ont été répartis, ajoute M. Barth en finissant, assez également dans les dif-

férents mois de l'année, pour éloigner toute idée de constitution épidémique; de manière, que sous ce rapport, ces faits sont entièrement comparables à ceux dont il a été question jusqu'ici, et, en particulier, à ceux qui sont relatifs aux sujets traités par moi à la Pitié, au moyen de saignées médiocres, de l'eau de Seltz, et des lavements : sujets, on se le rappelle, au nombre de cent, parmi lesquels douze ont succombé, ou un peu moins d'un huitième.

Ce dernier résultat est moins favorable que celui qui a suivi l'action des purgatifs, chez les malades dont je viens d'analyser l'histoire, sans qu'on puisse néanmoins en conclure, rigoureusement, la supériorité des évacuants, à raison du petit nombre de sujets traités par eux ; puisqu'un sujet de plus, parmi ces malades, aurait pu amener un décès de plus, et, par conséquent, faire changer d'une manière remarquable la mortalité, qui aurait été alors d'un huitième.

Toutefois ces deux séries de faits me paraissent précieuses, en ce que la proportion des cas légers et des cas graves est assez également même dans l'une et dans l'autre; que dans toutes deux les malades ont été traités dans le même hôpital, dans les mêmes salles, par le même médecin; qu'indifférent aux résultats qui devaient suivre l'administration de tel ou tel moyen thérapeutique, je n'ai pu être induit en erreur par une préférence accordée, à l'avance, à tel ou tel d'entre eux (1).

(1) C'est probablement aussi au petit nombre de malades traités par les purgatifs, qu'on doit les différences assez remarquables qu'on trouve dans la durée de la maladie dans les cas graves, chez les sujets traités par les purgatifs, et chez ceux qui ont été traités à la Charité par les saignées (deux saignées médiocres dans les dix premiers jours de l'affection). Sous l'influence de ce dernier traitement, en effet, la durée moyenne de la maladie fut de 30 jours, dans les cas graves, et de 25 dans

Si l'on ne peut encore conclure rigoureusement des faits qui précèdent, même de ceux recueillis et exposés par M. De Larroque, la supériorité des évacuants dans le traitement de l'affection typhoïde, il faut au moins reconnaître, car rien n'est plus clair, que ces agents n'ont pas l'effet nuisible qu'on leur a attribué, pendant long-temps, sur la marche et l'issue de cette maladie; qu'on peut les administrer sans crainte; qu'il est même assez probable, d'après les seuls faits recueillis par M. le docteur Barth, à la Pitié, dans ma division, que ces agents sont supérieurs aux autres moyens thérapeutiques. Et la conclusion serait tout à fait sûre, si ces faits, et ceux communiqués par M. De Larroque à l'Académie royale de médecine, étaient plus nombreux, et si ce médecin fût entré dans un plus grand nombre de détails à leur égard. Évidemment aussi c'est à l'étude de l'action des évacuants sur la marche et sur la terminaison de l'affection typhoïde, que les praticiens doivent surtout s'attacher aujourd'hui.

J'ajouterai qu'à part M. De Larroque, les médecins qui ont employé les évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde, n'ont pas fait, ou bien rarement, usage du tartre stibié au début; que cette omission peut encore avoir modifié le chiffre de la mortalité; que si des hommes habiles et profondément versés dans la connaissance de l'affection typhoïde, ont proscrit l'usage des purgatifs à l'époque de la maladie à laquelle on peut admettre l'existence des ulcérations de l'intestin grêle, à raison de l'influence possible de ses contractions sur la formation des perforations, leurs principes doivent fléchir devant l'expérience, qui montre que

les cas légers; tandis qu'ici, sous l'influence des purgatifs, cette durée fut, comme il a été dit, dans les cas graves, dans ceux de moyenne gravité, dans les cas légers, de 34, de 20 et de 19 jours.

cet accident n'est pas plus à craindre, qu'il est peut-être moins à redouter avec le traitement évacuant qu'avec le traitement anti-phlogistique. En effet, sur les trente-deux cas d'affection typhoïde, traités par moi à la Pitié, au moyen des purgatifs, je n'ai observé aucun exemple de cette lésion. Sur cinquante autres malades que j'ai traités de la même manière et à toutes les époques de l'affection, à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, je compte seulement un cas de perforation; et MM. Andral et Piédagnel gardent le silence sur ce point.

On dira peut-être qu'une épidémie de fièvre typhoïde survenant, pourrait montrer la vanité de tout ce que je viens de dire de favorable à l'emploi des purgatifs. Je répondrai à cela qu'il ne s'agit pas ici d'épidémies, mais seulement de l'affection typhoïde observée à l'état sporadique; qu'il faut bien admettre que dans des conditions analogues, le traitement qui a réussi à une époque, sur une masse assez considérable d'individus, réussirait encore; sans quoi il n'y aurait pas de thérapeutique possible, et l'expérience serait un vain mot.

Maintenant, en admettant comme démontrée la supériorité des évacuants dans le traitement de la fièvre typhoïde, considéré d'une manière générale, devra-t-on les employer dans tous les cas indistinctement, qu'ils soient graves ou légers; quelle que soit la prédominance des symptômes, dans les formes ataxiques et adynamiques? La réponse à ces questions me paraît facile. D'une part, le degré d'une maladie ne change pas la nature de son traitement; il exige seulement qu'on le suive avec plus ou moins d'énergie. D'autre part, si la mortalité de l'affection est moindre sous l'influence des évacuants que sous celle des autres méthodes de traitement, ce ne peut être qu'en mo-

difiant plus avantageusement les cas graves que ces dernières ; peut-être aussi, certains cas légers, qui deviennent assez souvent funestes, comme on l'a vu, par suite de la perforation de l'intestin grêle, quand les malades sont traités par les méthodes les plus généralement usitées. De manière qu'en admettant la supériorité des évacuants, dans le traitement de l'affection typhoïde considérée dans la généralité des cas, il est clair que ces agents doivent être employés dans les cas graves et dans les cas légers ; seulement avec plus ou moins d'énergie.

Quant aux formes dites ataxiques et adynamiques, les plus graves de toutes, celles dans lesquelles la mortalité est la plus considérable, qui fournissent le plus grand nombre de cas fâcheux ; il est encore bien évident que le traitement évacuant leur est principalement applicable, si, comme nous l'admettons provisoirement, ce traitement est généralement plus heureux que les autres : et il n'est pas à présumer que la forme ataxique, qui est la plus redoutable, exige de très grandes modifications à cet égard ; vu qu'elle n'est point ordinairement accompagnée de lésions appréciables de l'encéphale, et que les maladies qui, comme la pneumonie, par exemple, sont assez fréquemment accompagnées de symptômes cérébraux, guérissent par le même traitement que ces symptômes existent ou n'existent pas. Nous verrons, toutefois, dans le chapitre suivant, quelles modifications il serait peut-être convenable d'apporter au traitement évacuant, tel qu'il a été exposé, quand les symptômes ataxiques viennent à se développer.

CHAPITRE III.

OPIUM.

Les préparations d'opium n'ont pas joué, jusque dans ces derniers temps, un rôle considérable dans le traitement de l'affection typhoïde. Toutefois, quelques médecins et le docteur Neumann de Berlin, en particulier, recommandent l'usage des lavements opiacés, quand la diarrhée, qui accompagne ordinairement cette maladie, est considérable; et assez récemment encore, le docteur Graves, puis le docteur W. Stokes, ont cherché à combattre, par l'opium, les accidents formidables qui se manifestent après la perforation de l'iléum, dans certains cas d'affection typhoïde (1). On conçoit, en effet, qu'un médicament qui diminue, momentanément, les mouvements péristaltiques de l'intestin, doit diminuer, par cela même, l'écoulement des matières à travers une perforation qui y serait survenue par une cause quelconque; qu'il favorise l'adhésion du pourtour de la perforation aux parties voisines; qu'il arrête, ainsi, la marche d'un accident inévitablement mortel, sans cela.

Le docteur Graves fut conduit à cette pratique, par le succès qu'il obtint de l'opium donné à haute dose dans deux cas de péritonite aiguë extrêmement grave, développée à la suite de la paracenthèse, chez des sujets affaiblis, auxquels on ne tira pas une goutte de sang.

Ces faits sont assurément d'un haut intérêt pour la théra-

(1) *Gazette médicale*, 1835, p. 166, Mémoire sur l'emploi de l'opium à haute dose dans le traitement de la péritonite due à la perforation de la membrane séreuse; par le docteur W. Stokes, médecin de l'hôpital Meath, à Dublin.

peutique en général, puisqu'ils indiquent que, dans des cas très graves et dans les circonstances indiquées, les phlegmasies péritonéales les plus violentes peuvent être traitées avec succès, et un succès prompt, par l'opium, sans le secours des émissions sanguines. Mais ils ne prouvent pas que la péritonite due à la perforation de l'iléum puisse être traitée de la même manière, avec le même succès. J'en dirai autant au sujet d'un autre cas non moins intéressant, traité par le même médecin, et relatif à un malade qui, après avoir pris une forte dose de sel de Glauber, eut un dévoiement considérable, et présenta ensuite, tout à coup, tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Ce malade, qui fut traité à l'hôpital Meath, prit, dès son arrivée dans les salles, 5 centigrammes d'opium d'heure en heure. Le lendemain, une amélioration bien marquée avait lieu; et bien que le sujet eût pris 12 décigrammes d'opium, il n'avait pas éprouvé la moindre trace de coma, de céphalalgie, de délire. Le même médicament fut continué, en en diminuant un peu la quantité, journellement, jusqu'au dixième jour, que la convalescence fut complétement établie. 9 grammes d'opium avaient été administrés sans aucun des effets que produit ordinairement ce médicament donné à haute dose.

Sans doute, le brusque début de la maladie rappelle celui de la péritonite causée par la perforation de l'iléum, chez un certain nombre d'individus; mais on ne saurait assurer que cette perforation ait réellement eu lieu, d'autant mieux qu'on ignore dans quelle circonstance le sel de Glauber a été donné, et qu'il n'y a peut-être pas un seul exemple, bien constaté, d'une perforation de l'intestin, qu'on puisse attribuer à l'action de ce moyen.

Le fait suivant, recueilli par le même, le médecin docteur Graves, est plus concluant par rapport à l'objet qui nous oc-

cupe; car il montre la possibilité de traiter avec succès, par l'opium, une péritonite causée par l'épanchement d'un liquide très irritant dans l'abdomen. Ce fait est relatif à une femme qui fut admise à l'hôpital Meath pour un abcès du foie. Une incision fut pratiquée sur le point le plus saillant de la tumeur, de telle manière que le pus s'épancha dans la cavité abdominale ; et aussitôt tous les symptômes d'une violente péritonite se développèrent. L'état de la malade ne permettant aucune espèce d'émission sanguine, on prescrivit du vin, du porter, et de très fortes doses d'opium. Des vésicatoires furent aussi appliqués et pansés avec la morphine. Les symptômes de la péritonite disparurent en peu de jours; et la malade ayant succombé plus tard aux progrès de la maladie du foie, l'autopsie confirma complétement, dit M. Stokes (à qui j'emprunte ce récit), le diagnostic qui avait été porté.

Malgré l'absence de beaucoup de détails essentiels, qui sont à regretter dans cette observation, on ne saurait douter, ici, de l'existence d'une péritonite, par suite de l'épanchement d'une certaine quantité de pus dans le péritoine; péritonite guérie en peu de jours, sans émission sanguine, sous l'influence de l'opium à haute dose. Dirai-je malgré le porter?

Une autre observation que nous devons encore au docteur Stokes est relative à la perforation du colon, et offre aussi beaucoup d'intérêt, malgré la complication du traitement et l'impossibilité de faire rigoureusement la part de l'opium. L'enfant qui en est l'objet avait douze ans, et fut pris tout d'un coup, au milieu des symptômes d'une entérite, vers le dixième jour de la maladie, d'un grand accablement. Le facies était décomposé, le pouls vif et intermittent, tout l'abdomen excessivement douloureux, les vomissements fréquents ; il y avait de la diarrhée avec ténesmes. L'abdo-

men fut couvert de sangsues, et le malade mis dans un bain tiède. Le lendemain, le pouls était plus fort, et on pratiqua une saignée dont le sang ne se couvrit pas de couenne. Le même jour, à l'entrée du malade à l'hôpital Meath : traits décomposés, expression d'anxiété et de vives souffrances, extrémités froides, pouls à peine perceptible, respiration très accélérée, ventre très distendu et sensible, ténesme continuel. Les symptômes de la perforation existaient depuis deux jours, dit l'auteur, quand on donna les gouttes noires, dont le malade prit soixante, en vingt-quatre heures; et l'on pratiqua, en même temps, des frictions mercurielles sur le ventre. Le lendemain : amélioration considérable, pouls plein et mou, retour de la chaleur aux extrémités, expression hippocratique de la face dissipée, pression abdominale bien supportée, ténesme nul, expression de confiance et de contentement. Le traitement fut continué pendant deux jours, après lesquels *tous les symptômes de l'affection abdominale avaient complétement disparu.* Craignant alors que la constipation, qui avait remplacé la diarrhée, ne fût nuisible au malade, le docteur Stokes ordonna un léger laxatif qui amena quatre selles, et, en même temps, le retour de tous les symptômes de la péritonite, laquelle se termina promptement par la mort. A l'autopsie, on trouva une péritonite générale, tous les intestins agglutinés dans la fosse iliaque gauche, le cœcum offrant une petite perforation, et les muqueuses de l'iléum et du colon peu altérées.

Ici encore quelques détails essentiels manquent, qu'il eût été important de recueillir. On ignore la largeur de la perforation, ses rapports avec les parties environnantes, le point précis où elle avait lieu; circonstances qui peuvent avoir une si grande influence sur l'intensité des symptômes au début de la péritonite. Cependant, une perforation du

cœcum a eu lieu, une amélioration considérable, dans les symptômes qui en étaient la suite, s'est manifestée, non après les émissions sanguines, mais après l'usage de l'opium et des frictions mercurielles ; l'amélioration a été aussi rapide dans ce cas que dans les précédents, et il devient assez probable, par cela même, qu'elle a été le résultat de l'action de l'opium et non des frictions : de manière qu'on est porté à croire, à l'exemple de l'auteur, que la médication opiacée aurait pu avoir un plein succès, sans les laxatifs donnés au quatrième jour du traitement.

Toutefois, cette manière de voir suppose, comme bien établi, que la cause qui a donné lieu à une première perforation, se serait arrêtée, n'aurait pas amené d'autres perforations, etc.; ce qui est loin d'être démontré, ce qui, on peut le dire, doit arriver rarement. Il n'est nullement prouvé d'ailleurs, que, dans le cas actuel, la perforation ait eu lieu dans le cours d'une affection typhoïde, puisque la perforation de l'intestin, quand elle arrive dans le cours de cette maladie, a son siége à la fin de l'iléum, et non dans le cœcum, comme chez le sujet de l'observation du docteur Stokes ; de manière que, tout en admettant les beaux résultats obtenus par MM. Graves et Stokes, de l'administration de l'opium à haute dose, dans quelques cas de péritonite aiguë, intense; il faut reconnaître que ces médecins ne nous ont pas donné d'exemple incontestable d'une péritonite aiguë, causée par la perforation de l'ileum, dans le cours d'une affection typhoïde, heureusement terminée sous l'influence de l'opium à haute dose.

Cependant, j'ai observé, l'année dernière, dans ma division à l'Hôtel Dieu, un cas de fièvre typhoïde qui rentre *probablement* dans cette catégorie. Je dis probablement, car le sujet a guéri, et la preuve matérielle manque. C'était une femme

de près de quarante ans, dont, malheureusement, l'histoire a été égarée. Elle était dans ma division depuis douze jours, éprouvant les symptômes les plus caractéristiques d'une affection typhoïde à un médiocre degré, quand elle fut prise, tout d'un coup, d'une violente douleur au côté droit du ventre. A la visite du lendemain : altération profonde des traits, immobilité, douleur vive de l'abdomen qui était extrêmement sensible à la moindre pression, dans toute son étendue, et presque sans météorisme ; pouls très petit et très fréquent, refroidissement des extrémités ; quelques nausées. Une potion gommeuse, avec addition d'un décigramme d'hydrochlorate de morphine, fut ordonnée et prise par cuillerées, dans l'espace de vingt-quatre heures : pour étancher la soif, la malade ne prit que quelques gorgées d'eau très froide, et les mêmes moyens, auxquels il faut joindre une immobilité aussi complète que possible, furent continués les jours suivants. Le lendemain, l'état de la malade n'était pas amélioré ; mais, le surlendemain, l'altération des traits était un peu moindre, les membres un peu moins froids, le pouls et l'immobilité de la malade restant les mêmes. Une amélioration plus marquée eut lieu et fit des progrès sensibles, les jours suivants ; le météorisme ne fut jamais plus considérable qu'au début ; et, treize ou quatorze jours après l'apparition de la douleur et des autres symptômes qui semblaient dus à la perforation de l iléum, la malade prenait quelques aliments. La constipation, qui avait duré jusque-là, fut vaincue à l'aide de lavements simples ; et quand elle quitta l'hôpital, après y avoir fait un séjour de six semaines environ, la made n'avait qu'un reste de faiblesse, et n'éprouvait aucun symptôme qu'on pût rapporter à la perforation de l'intestin.

Assurément les symptômes qui viennent d'être rappelés

sont ceux de la perforation de l'iléum : la guérison a eu lieu assez promptement, sous l'influence de l'opium; mais le diagnostic n'a pu être vérifié d'une manière rigoureuse, et l'on peut conserver des doutes sur la cause des accidents. Toutefois, il n'en peut être ainsi de la marche à suivre dans les cas analogues ; car ce fait et ceux qui précèdent montrent assez clairement l'utilité de l'opium en pareille circonstance : seulement il devient douteux qu'il soit nécessaire d'employer cet agent thérapeutique à des doses aussi élevées que l'ont fait les médecins anglais, puisque un décigramme d'hydrochlorate de morphine, donné journellement, a suffi pour mener à bien la malade de l'Hôtel-Dieu.

Le docteur Griffin, de Limerick, rapporte aussi un fait qu'il considère comme un cas de perforation intestinale, dans le cours d'une fièvre typhoïde, et dans lequel l'opium fut donné avec succès. Bien que le manque de détails ne permette pas d'adopter ou de rejeter l'opinion de l'auteur sur l'état du sujet au moment où l'opium lui fut administré, je vais encore, à raison de la rareté des faits analogues, rapporter celui dont il s'agit (1).

Ce cas est relatif à un enfant de cinq ans, arrivé, dit l'auteur, à la dernière période d'une fièvre typhoïde. L'affection avait duré long-temps et amené une faiblesse et une maigreur excessives. Le malade, au moment où il fut observé, était légèrement incliné sur le côté, poussait quelques gémissements, était insensible et sans parole : son pouls était presque imperceptible, à cent quarante, ses traits tirés, sa figure pâle, son nez, ses joues, son front, ses pieds et ses mains, froids ; sa tête presque immobile sur l'oreiller ; sa respiration comme convulsive, rare et sem-

(1) *Gazette médicale*, 1835, page 184.

blable à celle d'un mourant : l'abdomen était volumineux, chaud, extrêmement sensible. Le seul traitement fait, depuis plusieurs jours, consistait en quelques doses d'huile de ricin qui n'avait pas agi, et, depuis trois ou quatre jours, il n'y avait pas eu de garde-robe. — Reconnaissant, dit l'auteur, dans l'état du petit malade, tous les symptômes de la perforation de l'iléum, je prescrivis un grain d'opium avec quatre gouttes d'extrait de jusquiame, et il y eut, pendant toute la nuit, un sommeil calme et profond ; le malade prit quelque peu de boisson, avec une grande difficulté, et, le lendemain matin, la sensibilité abdominale et les gémissements étaient moindres, le pouls moins fréquent, le malade faisait quelque attention à ce qui se passait autour de lui. L'opium et la jusquiame lui furent administrés de nouveau, et, le lendemain, on donna une dose d'huile de ricin. Dans le courant de la journée l'état du malade s'était amélioré, au point qu'il pouvait tenir une tasse à la main, et, dès-lors, l'issue de la maladie ne fut plus incertaine. L'opium fut continué pendant plusieurs jours, et, quand la sensibilité abdominale eut disparu, on obtint aisément des selles avec l'huile de ricin, dont le malade prit, chaque jour, une dose médiocre.

On ne saurait, comme je l'ai déjà indiqué, faute de détails suffisants, dire quelle affection l'auteur a combattue avec succès ; et l'innocuité, peut-être même l'utilité de l'huile de ricin, donnée dès les premiers jours du traitement, porte à croire qu'il n'y avait pas ici perforation : car l'huile de ricin, en précipitant le mouvement péristaltique de l'intestin grêle, avant le travail de la cicatrisation des bords de la perforation, aurait dû s'y opposer, et par conséquent accroître les phénomènes morbides, au lieu de les dissiper. Mais le cas était extrêmement grave ; un prompt suc-

cès a suivi l'administration de l'opium, et on doit en inférer que dans des cas analogues, et dans lesquels on pourrait soupçonner une fièvre typhoïde peu avancée, plutôt que toute autre affection, l'opium pourrait, ou même devrait être essayé.

L'opium n'a pas été employé jusqu'ici, que je sache du moins, pour combattre des symptômes de l'affection typhoïde différents de ceux dont il vient d'être question, et en particulier les symptômes nerveux, qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de rapporter, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à une disposition anatomique particulière, et qui n'en ont pas moins assez souvent beaucoup de gravité. Ce qui a empêché les médecins de tenter des essais avec l'opium, pour combattre soit les mouvements spasmodiques, soit le délire à un médiocre degré, dans les cas dont il s'agit, c'est sans doute pour avoir admis, sans preuve suffisante, que l'opium n'agissait sur le cerveau qu'en déterminant l'engorgement de sa substance ou des membranes qui l'enveloppent ; et aussi, pour avoir cru que les symptômes cérébraux, observés dans la fièvre typhoïde, dépendent d'un engorgement du cerveau ; engorgement qui n'est pas plus fréquent, comme on l'a vu, dans l'affection typhoïde, que dans les autres maladies aiguës fébriles, toutes choses égales d'ailleurs ; pas plus chez ceux qui succombent à une affection typhoïde, avec délire, que chez ceux qui sont emportés par la même maladie, sans délire.

Considérant, d'une part, qu'il n'est nullement démontré que l'opium agisse sur le système nerveux en déterminant l'engorgement du cerveau ou de ses membranes ; d'autre part, que le cerveau est tantôt parfaitement sain, tantôt plus ou moins engorgé chez des individus emportés par une affection typhoïde avec ou sans délire ; j'ai cru pouvoir, sans

inconvénient, essayer l'action de l'opium, dans cette maladie, pour combattre les soubresauts commençants, ou un léger délire. Ces essais, je ne les ai tentés, jusqu'ici, que chez un petit nombre d'individus qui se trouvaient dans cette catégorie, chez dix seulement, soit dans les hôpitaux, soit dans la ville. Aucun mauvais effet n'a suivi leur administration, et, dans sept cas, les soubresauts et le délire ont diminué de huit à quinze heures après l'administration d'une quantité de sirop de karabé ou d'opium, qui n'a jamais dépassé 30 grammes: et, après trois ou quatre jours de l'administration du même moyen, les symptômes dont il s'agit avaient complétement disparu, pour ne plus revenir. J'ajouterai que les sujets soumis à cette médication n'avaient pas un mouvement fébrile intense, qu'on ne pouvait pas les considérer comme atteints d'une affection typhoïde grave, malgré les soubresauts et un peu de délire.

Cependant, des symptômes nerveux, qui pouvaient acquérir de la gravité par la suite, ont été modifiés heureusement, puis dissipés; et l'on se demande naturellement si l'opium, administré dans des cas plus graves et dans des circonstances analogues, n'aurait pas le même succès. Ce qui précède doit complétement rassurer sur le danger des essais qu'on pourrait tenter pour éclairer cette question, et je me propose de m'en occuper par la suite.

A la vérité, si le traitement évacuant, considéré dans l'ensemble des cas, est supérieur aux autres; si, dans l'état actuel des choses, on doit y avoir recours comme au plus sûr; on craindra peut-être que l'opium, dans les cas dont il vient d'être question en dernier lieu, ne soit plus nuisible qu'utile, en s'opposant aux évacuations. Mais ces craintes seraient vaines, car l'action des évacuants n'est que très

incomplétement enrayée par celle de l'opium, comme on en a la preuve dans maintes circonstances, et tous les jours, en quelque sorte, dans le traitement de la colique saturnine par les évacuants, dans celui de la pneumonie etc., etc., par l'association de l'opium au tartre stibié à haute dose.

CHAPITRE IV.

DES TONIQUES.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Dix-huit malades prirent des toniques; la durée moyenne de l'affection fut de trente-cinq jours moins un quart, chez eux; de vingt-six seulement, chez les individus qui se trouvant dans les circonstances les plus favorables, en apparence, aux émissions sanguines, furent saignés et ne prirent pas de toniques: en sorte qu'il semblerait, au premier abord, que ceux-ci ont exercé une grande influence sur la durée moyenne de la maladie, ont prolongé, d'un nombre de jours assez considérable, la vie des malades. Mais cette influence, beaucoup moindre en réalité, exige, pour être convenablement appréciée, que nous entrions dans quelques détails.

Les toniques n'ont pas toujours été administrés de manière à ce qu'on pût en apprécier l'action d'une manière rigoureuse, sous le point de vue qui nous occupe : c'était le cas de tous les sujets qui n'en firent usage que dans les derniers jours de la vie, quand ils étaient au plus mal et qu'on ne pouvait guère espérer leur être utile par un moyen quelconque; ou de ceux qui n'en prirent que pendant deux ou trois jours.

En retranchant ces cas de la somme totale, et en conservant, pour l'objet qui nous occupe, ceux-là seulement où les toniques ont été administrés six ou huit jours de suite, et plus, il nous reste treize sujets dont l'affection a duré, terme moyen, trente-six jours un quart (1); c'est-à-dire que la durée moyenne de la maladie, chez ceux qui avaient pris des toniques pendant un espace de temps plus ou moins considérable, était à celle des individus auxquels on n'en avait point administré, comme trente-six à vingt-six.

Mais ce rapport est beaucoup trop considérable, par la double raison que le premier terme en est trop élevé, et le second pas assez.

Le premier est trop élevé, en ce que trois des malades qui ont pris le quinquina l'ont commencé à une époque avancée de la maladie, ou du vingt-sixième au trentième jour ; et en les retranchant des treize cas indiqués tout à l'heure, la durée moyenne de l'affection n'est plus que de trente-deux jours et demi.

Le second terme du rapport est trop élevé, en ce qu'il est, en grande partie, formé par des individus enlevés trop rapidement pour avoir pu prendre des toniques ; de manière qu'en ôtant de la masse des sujets ceux qui étaient dans ce cas, ou qui sont morts du huitième au quinzième jour de l'affection, ce second terme devient vingt-neuf, au lieu de vingt-six, et la durée moyenne de la maladie, chez ceux qui ont été traités par les toniques et chez ceux qui n'en ont pas pris, se trouve de trente-un jours et demi et vingt-neuf.

Si le nombre trop restreint des faits sur lesquels reposent mes calculs ne m'a pas conduit à des résultats trompeurs, il faudra en conclure que les toniques ont été utiles,

(1) Obs. 16, 17. 18, 28, 29, 35, 36, 39, 44, 46, 47, 48.

chez les sujets dont il s'agit, en retardant de quelques jours le terme fatal.

Mais parmi les malades qui prirent des toniques, les uns furent saignés, les autres ne le furent pas : et, chez les premiers, au nombre de cinq, la durée moyenne de l'affection fut de trente-quatre jours et demi; tandis qu'elle ne fut que de trente-un chez les autres : c'est-à-dire que, sans cesser d'être généralement utiles, dans le cas où ils ont été administrés pendant un certain espace de temps, les toniques semblent l'avoir été davantage chez les sujets saignés que chez ceux qui ne l'ont pas été.

Tout vraisemblable que soit ce résultat, je sens plus que personne combien il doit laisser de doute dans l'esprit, vu le petit nombre de faits sur lesquels il repose.

Relativement à l'effet *immédiat* des toniques, voici ce qui eut lieu.

Le *pouls* fut un peu plus accéléré dans un cas, le lendemain de l'administration des toniques, qu'au moment où ils furent prescrits. Il le fut moins, au contraire, chez un sujet qui prit des toniques faibles au vingt-unième jour de l'affection, qui dura six semaines (obs. 17). Il n'offrit aucun changement appréciable dans les autres cas, alors même que les malades commencèrent par des toniques forts, c'est-à-dire par une infusion de quinquina froide, et une potion gommeuse avec 4 ou 8 grammes d'extrait de quinquina, ou 4, 5, 10 décigrammes de sulfate de quinine.

La *chaleur* ne subit d'altération sensible, dans aucun cas, à la suite des toniques forts ou faibles : et, dans un de ceux où les sueurs étaient copieuses, quand ils furent administrés, elles continuèrent au même degré (obs. 16) : ce qui n'a rien d'extraordinaire pour qui n'a pas oublié avec quelle

opiniâtreté les sueurs copieuses qui ont lieu dans la convalescence de l'affection typhoïde, résistent aux amers et aux excitants.

Les *symptômes cérébraux* n'offrirent aucun changement appréciable, le lendemain de la première prise des toniques. L'assoupissement, le délire, les cris, les vociférations, les spasmes continuaient comme avant la médication nouvelle ; puis, et à des distances plus ou moins éloignées, on observait quelques variations dans ces symptômes, mais telles qu'elles ont lieu quand les malades sont abandonnés à eux-mêmes : en sorte qu'on ne saurait les attribuer, avec quelque certitude, aux toniques.

Le *météorisme* augmenta, le lendemain de leur administration, dans un cas (obs. 2), n'offrit pas de changement appréciable dans les autres. — Les *selles* furent moins nombreuses, dans les mêmes circonstances, chez deux sujets (obs. 35, 48), et cette diminution persista du dix-septième au vingt-septième jour, chez l'un d'eux. Elles furent très fréquentes, au contraire, du vingtième au vingt-septième, chez un troisième, qui mourut au vingt-neuvième jour de l'affection (obs. 29). Rares ou nombreuses chez les autres malades, au moment où les toniques furent prescrits, les selles n'offrirent que peu ou point de changements dans la suite. — La rougeur et la sécheresse de la *langue* furent remplacées par l'humidité et la couleur presque naturelle de la muqueuse qui la recouvre, dans trois cas, le lendemain du jour où les toniques furent prescrits : mais des changements analogues ayant eu lieu chez des sujets qui n'en prirent pas, on ne saurait les leur attribuer, du moins avec quelque vraisemblance.

Il convient encore de remarquer que le pouls n'était pas le même chez tous les malades, au moment où ils

prirent les toniques; que petit et faible chez les uns, il était assez large et un peu redoublé chez les autres (obs. 16, 29, 35, 36, 46), sans que ces différences en aient apporté dans les effets appréciables, immédiats ou éloignés, des toniques : de manière que dans un cas où ces caractères du pouls avaient lieu, les toniques furent donnés depuis le treizième jour de l'affection jusqu'au terme fatal, qui eut lieu au commencement de la septième semaine (obs. 16).

Qu'on n'imagine pas, toutefois, que je fasse ces remarques pour insinuer qu'il importe peu, dans l'administration des toniques, d'avoir égard au caractère du pouls : je montrerai bientôt le contraire, et je m'empresse de remarquer que si le pouls était assez large dans quelques-uns des cas dont il s'agit, sa vitesse était généralement médiocre, en sorte que les malades se trouvaient dans une des conditions les plus favorables à l'action des toniques.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Les toniques furent prescrits à dix-huit sujets, sur cinquante-sept dont l'affection fut *grave*. La durée moyenne de la maladie fut de trente-quatre jours chez eux, de trente-quatre et demi chez ceux qui ne prirent pas de toniques; différence qu'on peut négliger sans erreur sensible : de manière qu'il semblerait résulter de ce premier aperçu, que les toniques n'ont pas eu d'effet appréciable sur la durée moyenne de l'affection.

Mais sept des individus dont il s'agit prirent les toniques, ou trop peu de temps, ou trop tard (du vingt-cinquième au trentième jour de la maladie), pour qu'on puisse les compter parmi ceux dont la durée de l'affection doit concourir à former la durée moyenne ; il faut donc les en retrancher, et, alors, cette durée est de trente-un jours et demi, ou

moindre, de soixante-douze heures, que dans les cas où l'on s'en est tenu aux délayants ; différence peu considérable, mais qui mérite d'être remarquée, les cas dans lesquels les toniques ont été administrés étant les plus graves, généralement.

Des onze sujets restants, huit furent saignés à des époques variables de la maladie, trois ne le furent pas ; et la durée moyenne de l'affection ne fut, chez ceux-ci, que de trente jours, encore qu'elle n'ait pas été moins grave que dans plusieurs cas où les émissions sanguines avaient été prescrites.

Relativement aux effets *immédiats* des toniques, voici ce qui eut lieu chez les sujets auxquels ils furent ordonnés, avant ou après le vingtième jour de l'affection.

Les premiers étaient au nombre de trois. L'un prit des toniques du quinzième au vingt-septième jour de la maladie; l'autre, du douzième au seizième ; le troisième, du quatorzième au quarante-huitième, non d'une manière continue néanmoins.—Chez le premier, la somnolence était médiocre, la chaleur assez forte, le pouls à quatre-vingt-dix, l'épigastre indolent, la langue un peu rouge, quand fut commencé l'emploi des toniques ; et, le lendemain, la somnolence, l'état de l'épigastre et de la langue étaient les mêmes, la chaleur un peu diminuée, le pouls un peu plus accéléré : accélération qui fut momentanée, en sorte que le pouls était calme le vingt-cinquième jour. — Il tomba de cent à quatre-vingt-dix pulsations par minute, chez le deuxième sujet, le lendemain de l'administration des toniques, et cette marche rétrograde ayant continué, il était fort lent du vingt-cinquième au trentième jour de la maladie. — Chez le troisième sujet, la langue devint graduellement moins encroûtée ; le

pouls conserva son calme plusieurs jours de suite (soixante-douze pulsations), la chaleur et la stupeur augmentèrent.—Si les toniques ont paru imprimer une direction favorable à la maladie dans les deux premiers cas, on dirait qu'ils ont produit, à certains égards, un effet opposé, dans le troisième : ce qu'il est impossible d'affirmer néanmoins, vu que la chaleur et l'assoupissement augmentent assez fréquemment, à l'époque de l'affection à laquelle les toniques ont été donnés, chez des sujets qui ne prennent pas de médicaments actifs. Le nombre des selles et le volume du ventre augmentèrent aussi, momentanément, le jour où furent administrés les toniques, dans ce cas : ils furent stationnaires dans les autres.

Les malades auxquels les toniques furent donnés, du vingtième au trentième jour de l'affection, les prirent pendant un espace de temps généralement moindre que ceux dont il vient d'être question. L'un d'eux fut mis, pendant cinq jours, aux toniques faibles (infusion froide de quinquina), prit ensuite, du vingt-huitième au trentième jour de la maladie, des toniques forts, et, à part le nombre des selles qui resta le même, tous les autres symptômes furent un peu exaspérés le lendemain et le surlendemain du jour où ils furent prescrits. Il en fut à peu près de même dans un autre cas, où l'on passa des toniques faibles aux toniques forts ; les symptômes étaient graves, et le pouls, qui était presque calme au moment où les toniques forts furent prescrits, devint plus accéléré ensuite. Les toniques forts parurent être d'une grande utilité dans les autres cas ; et pour que le lecteur puisse en juger, je vais mettre sous ses yeux, le plus brièvement possible, quatre des faits les plus importants dont il s'agit.

LVIe OBSERVATION.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, à Paris depuis treize mois, nourrice depuis six, d'un tempérament lymphatique et sanguin, d'une constitution forte, d'un embonpoint médiocre, fut admise à l'hôpital de la Charité le 28 janvier 1822, alors malade depuis huit jours, sans avoir gardé le lit. Au début, peu après s'être levée, frissons, céphalalgie, douleurs dans les membres, éblouissements, bourdonnements d'oreilles; bientôt surdité légère, soif, anorexie. Ces symptômes continuèrent, les frissons ne cessaient pas, même auprès du feu, les éblouissements occasionnèrent plusieurs fois la chute de la malade, les selles furent rares; il y eut un sentiment de malaise et de pesanteur non interrompu dans l'abdomen : d'ailleurs, ni nausées, ni vomissements ; sueurs copieuses, pendant la nuit, du septième au huitième jour.

Le 19 : figure un peu plus rouge que dans l'état naturel, yeux indolents, comme les autres jours, quelques bourdonnements d'oreille, surdité légère, pesanteur générale, malaise universel, sans stupeur; mouvements un peu difficiles, mémoire intacte ; langue aride et blanchâtre, anorexie, soif vive, déglutition facile, ventre légèrement douloureux et tendu, constipation, urine rouge et brûlante; chaleur sèche et forte, pouls accéléré, un peu confus; toux augmentée depuis quelques jours (léger catarrhe pulmonaire depuis trois mois) : amaigrissement peu considérable. (*Saignée*, 250 grammes; *petit-lait nitré* ; *orge acid. édul.* ; *pot. gom.*; *deux bouill.*)

Il y eut du délire pendant la nuit. Le 20, au matin, peu après la visite, il continuait; la malade niait avoir à l'anus des sangsues qu'on venait d'y appliquer, assurait n'éprou-

ver de douleurs nulle part. L'affaissement était beaucoup plus marqué que la veille, le visage plus rouge et violacé, l'oreille plus dure, le pouls enfoncé, fréquent et petit. Le sang tiré la veille n'offrait ni retrait ni couenne. (*Quinze sangs. à l'anus*; *petit-lait édulc. acid.*; *pot. gom.*; *lavem. émoll.*; *foment. sur le ventre.*)

La perte de sang fut assez considérable, et le délire persista. Le 21, la malade niait encore avoir eu des sangsues, sa figure était d'un rouge vif, un peu étonnée, l'oreille plus dure, le météorisme peu considérable, la langue rouge et humide, la soif intense, et, pour la première fois, on observait des taches roses, lenticulaires, sur l'abdomen.

Depuis lors jusqu'au 2 février, vingt-troisième jour de l'affection, époque où les toniques furent prescrits, voici ce qui eut lieu. Le délire persista pendant cinq jours, avec le même caractère, uni à un peu de somnolence et de stupeur; après quoi la malade jouit, bien qu'à un faible degré, de l'usage des facultés intellectuelles. Il y eut quelques soubresauts dans les tendons, du 26 au 27, et la surdité alla croissant jusqu'au 29, au point d'être complète, ce même jour, après lequel son degré fut très variable. La langue fut sèche, souvent noirâtre, jusqu'au 2 février; la soif presque nulle, les selles liquides, fréquentes et involontaires. Le météorisme augmenta successivement, puis fut stationnaire, et commença à diminuer, le 30.—Le pouls fut toujours très accéléré (cent seize, cent vingt, cent dix), la chaleur forte, et les taches roses, lenticulaires, qui s'étaient étendues à la poitrine en devenant chaque jour plus nombreuses, n'étaient pas entièrement effacées, le 30.—Les vésicatoires appliqués aux jambes, le 22, avaient un mauvais aspect le 27, furent pansés, dès lors, avec la poudre de quinquina, et

avaient une apparence beaucoup meilleure, le 28.— La toux fut médiocre ; il y eut un râle sonore, universel.

Le 2 février : langue un peu sèche, diarrhée peu considérable, selles toujours fétides, météorisme, pouls médiocrement accéléré ; la malade prend peu de part à ce qui se passe autour d'elle, demande néanmoins si elle a la fièvre; sa figure est altérée, son oreille un peu moins dure que la veille, sa peau sèche. (*Orge édulc.*, *acid. av. acid. mur.*, 10 *gouttes*; *pot. gom. av. extrait de kk.* 4 *grammes*, *et sirop de k.*, 30 *grammes.*)

La faiblesse fut moins considérable le lendemain ; le 4, la langue était nette, humide et un peu rouge au pourtour, les selles comme la veille, le ventre toujours un peu météorisé, l'accélération du pouls stationnaire, la peau couverte de *sudamina*, le bruit respiratoire sans râle, la figure riante ; pour la première fois, la malade se plaignait de douleurs dans les jambes et accusait de l'appétit. (*Pot. gom. av. ext. de kk.* 6 *grammes*, *et sir. de kk.* 30 *grammes.*)

Dès ce moment l'amélioration fut progressive et non interrompue, les selles quotidiennes, le pouls encore un peu accéléré pendant un certain temps; les digestions furent toujours faciles et régulières, et le demi-quart de portion fut accordé, le 7. La desquamation de l'épiderme était universelle, le 14 ; et, du quarantième au cinquantième jour de l'affection, il y eut des sueurs copieuses qui résistèrent à l'infusion de quinquina et à celle de menthe, unie à quelques gouttes d'éther. Elles n'avaient pas encore entièrement cessé le cinquante-septième jour, quand la malade quitta l'hôpital, parfaitement bien portante, d'ailleurs.

Sans m'arrêter aux symptômes, dont le caractère ne saurait laisser de doute sur celui de l'affection, je remarquerai

qu'à l'époque où les toniques furent administrés, les accidents avaient déjà beaucoup perdu de leur intensité ; qu'il n'est pas possible, par cette raison, de supposer que sans les toniques l'issue de l'affection eût été funeste ; qu'on doit seulement présumer, à raison de la grande faiblesse qui existait alors, que, sans leur secours, la convalescence eût été plus tardive et plus lente, et que c'est en l'abrégeant qu'ils ont été utiles. Je n'affirme pas qu'il en ait été réellement ainsi, une amélioration rapide ayant quelquefois lieu dans l'affection typhoïde, sans avoir été précédée de l'emploi des toniques ; mais la chose doit paraître extrêmement vraisemblable. — Quant aux vésicatoires, dont l'aspect changea aussitôt l'application de la poudre de quinquina, la cause de cette amélioration ne saurait être douteuse.

Passons à un autre fait beaucoup plus concluant.

LVIIe OBSERVATION.

Un garçon marchand de vin, âgé de dix-sept ans, large, bien développé, d'une constitution forte, depuis deux ans à Paris où il avait toujours été bien portant, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 17 septembre 1823, alors malade depuis huit jours. L'affection avait débuté par des maux de tête, une chaleur assez vive, la soif, l'anorexie : ces symptômes avaient persisté ; dans les quatre derniers jours, la céphalalgie avait diminué, la diarrhée avait succédé à la constipation ; des frissons avaient eu lieu le cinquième, et des sueurs les deux dernières nuits.— Des sangsues avaient été appliquées à l'anus, la veille de l'entrée du malade à l'hôpital ; il avait bu, chaque jour, un peu de vin pur ou mêlé d'eau, sans en être incommodé. Aucun autre agent thérapeutique n'avait été employé.

Le 17, peu après une saignée ordonnée au moment de la visite : figure violacée, somnolence, usage de l'intelligence difficile ; quelquefois le malade semble oublier de répondre, et cependant sa mémoire paraît sûre ; sa faiblesse est médiocre, il est venu seul, à pied, à l'hôpital, sans avoir d'éblouissements ; sa langue est sèche au centre, un peu rouge au pourtour, un peu épaissie et profondément sillonnée au centre, suivant sa longueur ; la déglutition est facile, le ventre bien conformé, indolent ; le pouls à quatre-vingts, la chaleur franche, élevée ; la respiration médiocrement accélérée, le bruit respiratoire naturel : deux selles liquides dans la journée. (*Saignée de* 250 *grammes* ; *petit-lait* ; *limon.*)

Le lendemain, le pouls est un peu moins large et moins plein, l'épigastre et les régions iliaques sont sensibles à la pression ; le reste comme la veille. (*Saignée de* 250 *grammes.*)

Il y eut, dans la journée, une légère épistaxis, et, pendant la nuit, un sommeil pénible. Le 19, la faiblesse était considérable, les réponses brèves, mais justes, le pouls à soixante-seize, la chaleur moyenne ; le malade semblait recueilli en lui-même ; le sang de la saignée n'offrait ni couenne, ni retrait.

Dès-lors, jusqu'au 9 octobre, voici ce qui eut lieu : la soif fut légère, la langue nette, humide ou collante jusqu'au 7, un peu rouge au pourtour et sèche au centre, les jours suivants ; le ventre bien conformé, indolent, si ce n'est le 8 octobre ; les selles furent quotidiennes jusqu'au 29 septembre, au nombre de deux par jour, ensuite. — Ordinairement peu accéléré, le pouls était à quatre-vingt-seize, le 8 octobre ; la chaleur fut médiocre, si ce n'est du 5 au 8 ; les sueurs furent rares et légères, et je n'observai de taches roses, lenticulaires, dans aucun temps. — Il n'y eut pas de délire,

les réponses étaient lentes, mais justes; l'épistaxis se renouvela plusieurs fois. — On s'en tint aux adoucissants, et le malade ayant témoigné un peu d'appétit, le 30 septembre, mangea une demi-crème de riz, ce jour-là.

Le 9 octobre : langue rouge au pourtour et sèche au centre, comme la veille; soif médiocre, selles un peu plus fréquentes qu'à l'ordinaire, ventre météorisé; pouls médiocrement large, à quatre-vingt-six; respiration peu accélérée, à vingt-deux. Pour la première fois, le malade avait eu du délire pendant la nuit, et s'était promené dans les salles. Il ne répondait que par monosyllabes, semblait anéanti, ou plutôt, il avait l'attitude d'un homme épuisé de fatigue, qui veut se livrer au sommeil. (*Vésic. aux j.; infus. de kk. édulc.; pot. av. vin kk.; eau de menthe aa* 60 *grammes et sirop de k.* 30 *grammes; foment. arom.; lav. de kk. camph.*)

Le délire et l'assoupissement persistèrent, le malade se leva encore pendant la nuit et eut des selles involontaires. Le 10, même assoupissement, langue rouge et humide, pouls plus faible que la veille, respiration à treize. (*Même prescription.*)

Cette prescription fut continuée les sept jours suivants, pendant lesquels eurent lieu les changements qui vont être indiqués. La langue n'était plus rouge, le 11, et elle fut toujours humide; le météorisme persista jusqu'au 13; les selles furent moins fréquentes, le pouls devint successivement moins faible et moins accéléré; le délire cessa, la figure fut moins pâle, et elle était parfaitement naturelle, le 17, la veille du jour où l'on cessa les toniques forts. — Le 22 on accorda au malade le demi-quart de portion, et il était à la demie, le 28. Mais il ne quitta l'hôpital qu'à la fin du mois suivant, ayant fait, le 20 octobre, un excès qui retarda sa convalescence.

Il n'y eut pas de sueurs nocturnes, et les vésicatoires se séchèrent difficilement.

Si cette observation est remarquable par l'amélioration qui suivit l'administration des toniques, elle ne l'est pas moins par l'apparente bénignité de la maladie, la lenteur de sa marche, son état stationnaire, et même son apparence rétrograde à l'époque où le sujet eut un peu d'appétit; et surtout par l'apparition de nouveaux accidents, le délire, la somnolence, le météorisme, l'augmentation de la diarrhée, une faiblesse extrême, la veille du jour où les toniques furent administrés. Ces symptômes avaient sensiblement diminué le surlendemain de cette prescription ; ils se dissipèrent promptement, et l'on peut croire, à raison de l'énergie du traitement, que s'il n'eût pas été parfaitement indiqué, il eût exaspéré tous les accidents et retardé la convalescence du sujet. Il serait d'autant plus difficile de mettre en doute l'efficacité des toniques dans cette circonstance, que les symptômes, loin de s'améliorer au moment où ils furent prescrits, comme dans l'observation précédente, prenaient, ainsi que je viens de le dire, plus d'intensité; que des accidents nouveaux très graves s'étaient joints aux premiers que la maladie affectait une tendance funeste. Assurer que la mort en eût été la suite, si des toniques n'eussent été administrés, serait aller trop loin; mais il ne serait pas plus conforme à la raison, ce me semble, de nier leur efficacité. La limite de cette efficacité est incertaine, mais elle ne me paraît pas douteuse.

Remarquons d'ailleurs combien l'indication était précise, combien l'état du malade semblait réclamer l'emploi des toniques, au moment où ils furent prescrits. La faiblesse était extrême, le sujet, comme anéanti et semblable à un

homme excédé de fatigue, l'accélération du pouls médiocre, la respiration calme ; le délire ne contre-indiquait pas les toniques, puisqu'on le rencontre aussi bien dans l'affaissement que dans l'excitation des forces. Il faudrait donc, dans des circonstances analogues, imiter la conduite qu'on a tenue ici, comme il faudrait s'en abstenir dans des circonstances très différentes, ou opposées.

Je ne m'arrêterai aux vésicatoires, ordonnés en même temps que les toniques, que pour observer que cette complication de moyens ne saurait faire naître de doutes sur celui d'entre eux auquel il convient d'attribuer l'amélioration survenue dans l'état du malade ; les vésicatoires appliqués seuls, dans l'affection typhoïde, n'ayant jamais été suivis d'un semblable effet.

LVIIIe OBSERVATION.

Un garçon boulanger, âgé de vingt-deux ans, taille moyenne, épaules larges, constitution forte, tempérament lymphatique et nerveux, était malade depuis six jours, quand il vint à l'hôpital de la Charité, le 16 août 1822. Sobre, à Paris depuis deux ans et demi, sans y avoir été malade, il y avait conservé, sauf les heures de travail, les habitudes qu'il avait à Lyon où il exerçait le même état auparavant. Sa maladie avait débuté par un léger frisson, des maux de tête, des douleurs contusives dans les membres, dans les reins, à l'épigastre et dans quelques parties de l'abdomen, la soif, l'anorexie ; les maux de tête avaient pris successivement plus d'intensité, les frissons étaient revenus, au moins une fois le jour, à des heures irrégulières ; l'anorexie, la soif, les douleurs de ventre avaient continué ; le malade avait essayé, mais inutilement, de reprendre ses

travaux, quatre jours après le début ; le sommeil avait été calme, la faiblesse médiocre, l'assoupissement peu fréquent, les selles à peu près régulières.

Le 17 : calme, céphalalgie, douleurs dans les lombes, faiblesse médiocre, sommeil paisible pendant la nuit ; langue un peu rouge au pourtour, blanchâtre en arrière ; soif médiocre, anorexie, ventre souple, parfois douloureux dans divers points de son étendue, constipation ; pouls un peu irrégulier, assez plein, à soixante ; chaleur douce, moiteur universelle ; respiration peu accélérée, à dix-huit, quelquefois inégale. Le malade ne se plaint que d'un goût très fétide dans la bouche. (*Orge éd.; lav. ém.; trois demi-crèmes de riz.*)

Le lendemain, le malade se plaignait d'avoir eu des réveils en sursaut ; sa faiblesse était augmentée, la tendance au sommeil était considérable (*Id.*).

Il y eut quatre selles dans la journée du 18, une le lendemain, et on ordonna, le 20, un minoratif composé de manne et de rhubarbe.

Ce minoratif fut suivi de coliques et de sept évacuations alvines, dont les premières étaient composées, en partie, de matières dures. Le 21, la langue était d'un blanc jaunâtre, le mauvais goût de la bouche toujours le même, le ventre mou, indolent, le pouls irrégulier, à cinquante-trois, assez large, comme avant le minoratif ; la faiblesse médiocre, la couleur de la peau naturelle.

Du 22 au 24 : langue blanchâtre, soif médiocre, douleurs de ventre par intervalles, selles pultacées, au nombre de trois à quatre, dans la journée ; pouls assez large, redoublé, à soixante-sept ; toux extrêmement rare, rêves peu fréquents, expression d'abattement et d'ennui. (*Orge éd.*; *deux tasses de camom.*)

Du 24 au 30, la langue, d'abord rouge et humide, fut plus ou moins dure, et offrait un sillon longitudinal à son centre; la soif fut ordinairement vive, les selles devinrent progressivement plus fréquentes jusqu'au 27, qu'il y en eut vingt dans la journée ; après quoi elles furent réduites à sept ou à huit. Le ventre fut météorisé, le 26, et presque toujours indolent;—le pouls passa de soixante-neuf à quatre-vingts, ordinairement un peu redoublé, plutôt large qu'étroit; la chaleur fut presque toujours médiocre, douce, sans sueur; et, du 26 au 28, j'observai quelques taches roses, lenticulaires, et des *sudamina* sur l'abdomen. — L'assoupissement fit des progrès rapides, et ne fut interrompu, du 28 au 29, que par un peu de délire. L'abattement suivit la même marche, et il y eut, pour la première fois, un peu de surdité, le 29.— On ordonna, le même jour, des vésicatoires aux jambes.

Le 30, au moment de la visite : langue sèche et humide dans différents points, ventre plat ou même rentré, indolent; pouls un peu redoublé, à soixante-dix-huit, chaleur médiocre, taches lenticulaires comme la veille; respiration peu accélérée, bruit respiratoire faible et sans râle ; assoupissement continuel, teint plombé, stupeur, attitude abandonnée, oreille un peu moins dure que le 29. (*Orge éd. acid. avec acide mur.; infus. fr. de k.; pot. gomm. avec sir. de kk.* 30 *grammes et sulf. de k.* 1 *gramme* ; *fom. arom.)*

Le lendemain 31, vingt-unième jour de l'affection : langue humide, rouge au pourtour, jaune et villeuse au centre; soif peu considérable, selles moins nombreuses que la veille, ventre toujours rentré et parfois douloureux ; pouls un peu enfoncé, petit, à soixante-quinze ; nul délire ; le malade craignait la mort, et sa figure était encore plus altérée que la veille. *(Id.)*

Mais dès le 1er septembre, après deux jours de l'usage des

toniques, l'amélioration fut extrêmement sensible, la figure calme, riante, un peu fatiguée seulement ; les forces revinrent rapidement, et le malade se promenait, le 10, dans le jardin de l'hôpital. La langue fut un peu sèche et brunâtre, les 2 et 3 ; les selles furent quotidiennes, le ventre indolent et bien conformé ; le pouls resta, pendant quatre jours, à soixante-douze, et il était à cinquante-cinq le 9. Il y eut des sueurs nocturnes du 2 au 11, et la chaleur fut rarement élevée.

Le malade fit usage des toniques forts pendant trois jours, après lesquels on se borna à l'infusion froide de quinquina. Il mangeait le demi-quart de portion, le septième jour du traitement tonique, et il quitta l'hôpital, le trente-cinquième de la maladie, très bien portant, ayant eu, par conséquent une convalescence très rapide.

Sous le double rapport du caractère des symptômes et de leur prompte disparition à la suite des toniques, cette observation n'est pas moins remarquable que la précédente. L'affection débute d'une manière tranchée, des douleurs de ventre indiquent son siége dans l'abdomen, les évacuations alvines restent à peu près régulières pendant les huit premiers jours, le pouls est calme au dixième, et on administre un minoratif qui ne produit pas d'effet favorable, et indique, dès lors, que l'affection n'est pas un embarras gastrique. Cependant les symptômes n'offrent encore rien de très remarquable pendant quelques jours, ils se dessinent enfin avec énergie ; au vingtième jour de la maladie, quand on ordonne des toniques forts, ces symptômes sont dans toute leur vigueur ; la somnolence et l'abattement sont considérables, le teint est livide, le pouls médiocrement accéléré, l'attitude abandonnée, l'oreille un peu dure, etc. Le lendemain, si le

pouls paraît un peu plus étroit, il est déjà moins fréquent que la veille, l'intelligence est plus libre, et, le jour suivant, l'amélioration est générale, très marquée, le malade semble renaître, ses forces reviennent rapidement, et, au septième jour de l'usage des toniques; il mange le demi-quart de portion. Certes il est impossible de ne pas voir, dans cette amélioration, l'effet des toniques, moins encore parce qu'elle est survenue immédiatement après leur usage, pour ainsi dire, que parce que, jusqu'au moment où ils furent ordonnés, les symptômes avaient toujours été croissant.

D'ailleurs, l'indication n'était ni moins précise, ni moins évidente que dans la précédente observation ; la faiblesse était le symptôme capital, le pouls peu accéléré, la respiration presque calme : aucun moyen capable de contre-balancer ou d'amoindrir l'effet des toniques ne fut employé; nouvelle raison de croire que les vésicatoires ne pouvaient revendiquer aucune part de l'amélioration qui suivit leur usage, chez le sujet de la dernière observation.

Je n'ajouterai plus qu'un mot, relativement à la marche de la maladie et à l'obscurité de son caractère dans les premiers quinze jours, pour montrer qu'il n'était pas impossible d'en reconnaître, ou du moins d'en soupçonner fortement la nature, au moment où le malade fut admis à l'hôpital. Alors, en effet, les évacuations alvines étaient à peu près régulières, il n'y avait point eu de sueurs copieuses, capables d'expliquer la faiblesse; on ne pouvait s'en rendre compte, ni par des symptômes gastriques, ni par la violence de la fièvre, qui n'existaient pas; ce n'était donc ni une gastrite, ni un embarras gastrique, ni un embarras intestinal; ce n'était pas non plus une courbature; rien n'y ressemblait moins. Et si l'on n'oublie pas qu'il y avait un peu de somnolence, d'irrégularité dans le pouls; que le malade était dans les circon-

stances favorables au développement de l'affection typhoïde, on conviendra que tous les soupçons devaient s'arrêter sur cette maladie. Sans doute le pouls était calme, dix jours après son début ; mais déjà le dévoiement avait commencé, et l'on ne pouvait expliquer la faiblesse que par l'altération spéciale des plaques elliptiques de l'intestin grêle, ou par la cause à laquelle il faut, en définitive, en rapporter le développement.

LIXe OBSERVATION.

Un tourneur, âgé de dix-sept ans et demi, d'une constitution peu forte, habitant Paris depuis dix mois, était malade depuis quinze jours, quand il fut admis à l'hôpital de la Charité, le 18 novembre 1826. Dans les huit premiers jours : faiblesse, étourdissements, diminution de forces, soif, appétit un peu moindre que de coutume, et, au quatrième, coliques, diarrhée légère. Dans les jours suivants : frissons quotidiens au moment où le malade se mettait au lit, tendance au sommeil, bourdonnements d'oreilles, anorexie, soif vive, continuation de la diarrhée. — Pour toute nourriture, quelques bouillons et quelques fruits.

Le 19 : physionomie assez naturelle, sauf une teinte violacée des lèvres ; somnolence légère, céphalalgie, faiblesse médiocre, réponses justes, quelques bourdonnements d'oreilles, douleurs dans les membres et dans les lombes ; soif vive, anorexie, langue blanchâtre au centre, naturelle au pourtour ; pharynx rouge et bien humide, indolent ; déglutition facile, abdomen bien conformé, douleur à l'épigastre et dans les fosses iliaques, augmentant par la pression ; hypochondre gauche souple, sans rénitence ; chaleur médiocre, pouls à soixante-dix-huit, sans caractère particulier ; taches

roses, lenticulaires, nulles; râle sonore du côté droit de la poitrine, en arrière, sans toux. Le malade se plaint d'étourdissements et de douleurs dans les membres, rarement de l'abdomen. *(Riz éd.* bis ; *lav. lin; fom. ém.; diète.)*

Depuis lors jusqu'au 26, la langue fut presque toujours dans l'état naturel, la soif augmenta ; il y eut, par intervalles, de la douleur à la gorge ; la déglutition fut quelquefois gênée ; les selles, au nombre de trois à quatre en vingt-quatre heures, furent de temps à autre involontaires, ce dont le malade se plaignait lui-même ; le ventre ne cessa d'être bien conformé, fut indolent à compter du 23. — Le pouls varia de soixante-dix à soixante-dix-huit et à soixante-quatre, et j'observai des taches roses, lenticulaires, le 24. — La respiration, qui était quelquefois suspirieuse, devint graduellement un peu plus accélérée, et elle se répétait vingt-huit fois par minute, au milieu du sommeil, le 24. — Il y eut un peu de loquacité dans la nuit du 19 au 20, et dans la suivante. Le malade se plaignait du mauvais état de sa santé le 25, et, par intervalles, il appréhendait la mort; sa figure était pâle, portait l'empreinte d'un affaissement profond, et la surdité fut extrême du 23 au 24. — Les mêmes boissons furent continuées, et l'on donna un peu de bouillon, dans les derniers jours.

Le 26 : figure d'une pâleur extrême, éteinte, en quelque sorte ; apparence extérieure de la faiblesse la plus excessive ; le malade peut à peine avancer son bras sur le bord du lit; la surdité est complète, on ne peut s'en faire entendre ; sa langue est naturelle, son ventre indolent, son pouls calme, la chaleur douce, presque dans l'état normal. Il y avait eu, la veille, trois selles involontaires. *(Infus. de kk. édulc.; pot. gomm. av. ext. de kk., et sir. de kk., de chaque* 30 *grammes ; fom. arom.; lav. de kk. camphré* bis).

Le lendemain 27, la figure était déjà meilleure, moins éteinte, les lèvres vermeilles, la parole un peu plus libre, le pouls à soixante-douze pulsations au lieu de soixante-quatre qu'il offrait la veille ; les selles en même nombre que le 26.

On continua la même potion, en augmentant la dose d'extrait de quinquina, qui fut ainsi portée à 8 grammes, le 29, réduite à 4 le surlendemain, et abandonnée, deux jours après, avec les fomentations et les lavements. L'amélioration fit des progrès rapides, la figure était excellente, le 29, et vraiment radieuse les jours suivants. Le malade se soutenait aisément sur ses coudes, le 30, ce qu'il n'avait fait depuis bien longtemps; son appétit était très vif; mais à raison de la durée de son extrême faiblesse, on mit beaucoup de circonspection dans la prescription des aliments qui lui furent accordés, de manière qu'il n'était encore qu'au demi-quart de portion, le 5 novembre.

Les vésicatoires, ordonnés quatre jours avant l'administration des toniques, amenèrent promptement l'ulcération de la peau sur laquelle ils avaient été appliqués, et ils n'étaient pas entièrement cicatrisés le 7 décembre; ce qui prolongea de beaucoup le séjour du malade à l'hôpital. — Il n'y eut pas de sueurs dans la convalescence.

Ici, comme dans les deux observations précédentes, les symptômes caractéristiques de l'affection se dessinèrent avec lenteur, les accidents furent très légers pendant un assez grand nombre de jours, et ils avaient atteint le plus haut degré de leur développement, à l'époque où les toniques furent administrés. Alors, en effet, la pâleur du malade était si grande, sa faiblesse si extrême, qu'il ressemblait plutôt à un cadavre qu'à un être vivant. Ces symptômes, qui avaient fait de continuels progrès jusque-là, étaient déjà moindres,

le lendemain de la première prise des toniques, et l'amélioration fut si rapide, que l'influence du traitement est encore plus incontestable ici que chez le sujet de la dernière observation.

Ce fait et les trois précédents me paraissent d'un grand intérêt ; non pas seulement parce qu'ils prouvent d'une manière incontestable l'utilité des toniques, mais surtout parce qu'ils indiquent avec précision les circonstances les plus favorables à leur action. Celle-ci fut, en effet, moins évidente ou moins rapide, dans le premier cas que dans le second, dans celui-ci que dans le troisième, dans le troisième que dans le dernier ; la faiblesse, qui était considérable chez tous les malades, allait croissant du premier au second, du second au troisième, du troisième au quatrième ; tandis que l'accélération du pouls et les autres symptômes, le degré de la diarrhée et du météorisme observaient un ordre opposé, le pouls étant plus accéléré chez le premier sujet que chez les autres, que chez le quatrième surtout, qui l'avait calme, le jour où les toniques furent commencés, etc., etc. *Les circonstances les plus favorables à l'action des toniques sont donc, comme je l'ai déjà indiqué, un pouls calme, puis de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence du météorisme.* Quand ces conditions existent, la faiblesse semble d'autant plus facile à surmonter qu'elle est plus considérable.

Ces conditions se rencontrent rarement ; les faits que je viens d'analyser l'indiquent ; et ceux que j'ai recueillis depuis la première édition de cet ouvrage en sont une preuve nouvelle. Depuis lors, en effet, je n'ai pas rencontré plus de sept sujets pour lesquels les toniques forts fussent manifestement indiqués ; encore, la prostration, la faiblesse du pouls, etc., etc., n'étaient-ils pas aussi prononcés, chez eux, que chez le malade qui fait l'objet de la dernière observation.

Mais ces cas, dans lesquels les toniques furent donnés avec un plein succès, montrent aussi, pour leur part, combien il importe quelquefois d'y recourir ; et les exemples de cette médication, exposés dans les Leçons cliniques de M. Chomel, prouvent que la pneumonie, survenant dans des cas d'ailleurs semblables à ceux que je viens d'exposer, n'est pas un obstacle à l'administration et au succès des toniques.

Les mêmes agents, employés de la même manière, ne seraient pas moins utiles, sans doute, dans le cours d'une épidémie, dans des circonstances analogues ; au moins cela paraît-il résulter des travaux des médecins qui ont eu occasion d'observer, dans ces derniers temps, la fièvre typhoïde sous forme épidémique.

Ici, d'ailleurs, comme au sujet de la saignée, il est naturel de se demander si les toniques ont fait plus qu'abréger la durée de la maladie, s'ils ont arraché à la mort quelques-uns des sujets dont je viens d'exposer l'histoire. Si l'affirmative n'est pas hors de doute, elle me paraît fort probable ; vu la marche ascendante de l'affection, chez trois des individus dont il s'agit, jusqu'au moment où les toniques furent administrés, la promptitude avec laquelle les accidents se dissipèrent après leur administration, le danger de toutes les maladies aiguës chez les gens faibles, les rapides ulcérations de la plaie des vésicatoires dans un cas (obs. 58) : ces ulcérations dont la marche est généralement semblable à celle de l'altération des plaques elliptiques de Peyer. Ici les conjectures sont permises, elles sont même un devoir, jusqu'à un certain point, puisque, n'étant pas destinées à affirmer, elles ne peuvent nuire, et qu'elles peuvent être utiles, en engageant à de nouvelles recherches sur un sujet si important et qui réclame tant de matériaux pour être approfondi.

Les toniques faibles furent exclusivement administrés à quelques sujets, du vingtième au trentième jour de l'affection, sans aucun effet appréciable sur la marche de celle-ci; les légers changements survenus pendant leur usage pouvant très bien être du nombre de ceux qui ont lieu spontanément, ou quand le cours de la maladie n'a été influencé par aucun médicament actif. Ces toniques faibles, qui consistaient dans une infusion froide de quinquina et dans des lavements d'une décoction de la même écorce, ne produisirent d'augmentation de chaleur dans aucun cas, ni le moindre de ces accidents qu'on redoutait si fort, il n'y a que quelques jours pour ainsi dire, dès qu'on sortait de la classe des délayants ou de l'eau sucrée.

CHAPITRE V.

DES VESICATOIRES.

1° *Chez les sujets morts d'affection typhoïde.*

Le plus grand nombre des malades eut des vésicatoires aux membres inférieurs; on s'en abstint chez plusieurs, à raison de l'absence ou du peu de développement des symptômes cérébraux; et, en retranchant des premiers ceux qui étaient à toute extrémité quand on leur appliqua des épispastiques, on trouve que la durée moyenne de la maladie a été la même chez les uns et chez les autres, ou de vingt-six jours.

Quant aux effets immédiats, je les ai recherchés dans la moitié des cas où les vésicatoires furent appliqués, et voici ce qui eut lieu.

La chaleur générale diminua momentanément, le lendemain de cette application, dans la quatrième partie des cas : elle me parut augmentée, au contraire, chez un pareil nombre de sujets, n'offrit pas de changement appréciable chez les autres. Mais comme les variations de chaleur ne sont pas rares chez les malades auxquels un traitement actif n'a pas été ordonné, ou durant l'application d'un même agent thérapeutique, il est douteux que les variations momentanées de température aient été l'effet des vésicatoires. D'ailleurs, appliqués à une époque où la lésion spécifique de l'intestin grêle n'est jamais ou presque jamais seule, comment les vésicatoires auraient-ils des effets immédiats appréciables? Qu'est la légère inflammation qu'ils déterminent, relativement à l'étendue de l'altération des organes plus ou moins profondément placés?

L'influence immédiate des vésicatoires sur l'état de la circulation, n'a pas été plus évidente dans les cas où je l'ai recherchée (vingt-sept). Le *pouls* était un peu moins accéléré, le lendemain que le jour de l'application des épispastiques, chez six sujets; un peu plus, au contraire, chez un même nombre de malades; il n'offrait aucune différence appréciable chez les autres, quelle que fût l'époque de leur application. — Les doutes élevés plus haut, relativement à l'influence des vésicatoires sur la chaleur, ont encore plus de force ici : le moyen, en effet, d'attribuer à une cause excitante le ralentissement du pouls, quand d'ailleurs les symptômes deviennent chaque jour plus fâcheux!

Les *fonctions cérébrales* n'offrirent pas de changement appréciable dans la grande majorité des cas, ou près des deux tiers, dix-neuf. Des dix autres, deux sont relatifs à des sujets dont le délire et l'agitation cessèrent le lendemain de l'application des vésicatoires; trois, à des individus chez

lesquels ces symptômes offrirent plus d'intensité ; et, dans les trois autres, la somnolence et l'affaissement firent de continuels progrès, comme on le remarque pour tant d'autres symptômes, quelque moyen qu'on leur oppose.

L'examen des *fonctions digestives* m'a conduit aux mêmes résultats ; en sorte que, de quelque manière qu'on examine l'action des vésicatoires, on ne peut leur trouver d'effet sensible, ni sur la durée de la maladie, ni sur la marche des symptômes.

2° *Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont guéri.*

Pour connaître l'influence des vésicatoires sur la marche de la maladie, j'ai d'abord comparé entre eux les sujets qui, ayant été saignés, n'avaient pas pris de toniques, puis ceux à qui on en avait ordonné.

Dans les cas où la saignée et des vésicatoires furent prescrits, la durée moyenne de l'affection fut de trente-cinq jours ; elle fut de trente seulement dans ceux où l'on se borna à la saignée. En sorte qu'au premier abord les épispastiques semblent avoir été très nuisibles : mais cette conclusion n'est pas rigoureuse, à beaucoup près, l'affection ayant été plus grave généralement, chez les premiers sujets que chez les seconds.

Chez ceux qui prirent des toniques (tous plus ou moins gravement malades), la différence fut analogue, mais beaucoup moindre, d'un jour seulement. De manière que si l'on pouvait tirer une conclusion générale d'un nombre de faits trop limité, ce serait que les vésicatoires sont nuisibles, en retardant la convalescence des malades ; ce qui serait d'ailleurs d'autant moins surprenant, que les altérations plus ou moins profondes de la peau qu'ils déterminent si

fréquemment, mises à part, les vésicatoires sont une maladie, bien que légère, ajoutée à une autre, presque toujours à plusieurs autres maladies, et qu'il serait difficile de concevoir comment ils pourraient en accélérer la terminaison.

Quant à leurs effets immédiats, voici ce qui eut lieu.

La *chaleur* fut observée avec soin, le jour et le lendemain de l'application des vésicatoires, dans vingt des trente-deux cas où cette application eut lieu ; et je ne l'ai trouvée un peu altérée que chez deux sujets : moindre que la veille chez l'un, augmentée chez l'autre.

Le *pouls* fut étudié de la même manière dans tous les cas : le nombre de ses pulsations était augmenté de dix chez deux sujets, de six chez un troisième, le lendemain de l'application des épispastiques; il fut stationnaire chez les autres, ou n'offrit que de ces légères différences (deux à trois pulsations), qu'on trouve à toutes les époques de l'affection chez la plupart des malades, quand on les observe d'un jour à l'autre, alors même qu'on se borne aux délayants, et qu'il faut négliger, parce qu'il n'est pas possible d'en connaître la valeur.

Le *délire* se dissipa le lendemain de l'application des vésicatoires, dans un cas où il existait depuis quatre jours à un médiocre degré : le délire, la somnolence et l'affaissement augmentèrent dans cinq autres. L'état des fonctions cérébrales fut stationnaire chez le reste des individus.

Des *vomissements* eurent lieu dans un cas, le lendemain de l'application des vésicatoires, et ils persistèrent pendant huit jours. Symptômes d'une gastrite, on ne pouvait assurément pas les attribuer à l'action des épispastiques.

Rien de plus remarquable relativement à la *diarrhée* et à l'état de la *langue*.

Les faibles changements observés dans la température et

dans les fonctions cérébrales, après l'application du vésicatoire, eurent lieu, dans une proportion supérieure, chez les sujets auxquels on n'en avait pas appliqué : d'où il semble naturel de conclure que ceux-ci n'ont point eu d'effet immédiat appréciable, chez les sujets qui ont guéri, et qu'ils retardent peut-être un peu la convalescence des malades.

Si tel est effectivement le résultat de l'expérience, les vésicatoires devraient être bannis du traitement de l'affection typhoïde, avec d'autant plus de raison que personne n'ignore leurs mauvais effets, les pertes de substance qu'ils occasionnent, et la lenteur avec laquelle leurs plaies guérissent, dans beaucoup de cas. Inutiles au rétablissement des fonctions cérébrales, ils concourent d'ailleurs, pour leur part, à maintenir ou à augmenter le mouvement fébrile et ses suites fâcheuses; leur effet, comme moyen dérivatif de plusieurs des inflammations qui se déclarent dans le cours de l'affection typhoïde, est plus que douteux, d'après ce que nous avons vu plus haut; l'inflammation un peu étendue d'un organe en amenant presque inévitablement une ou plusieurs autres à sa suite. En sorte que, sous quelque point de vue qu'on les envisage, on ne leur trouve ici que des inconvénients, sans aucun des avantages qui pourraient les contre-balancer. Toutefois, je sais plus que personne que la réforme dont il s'agit ne peut se faire qu'à l'aide du temps, quand un plus grand nombre de faits, rigoureusement analysés, aura mis hors de doute la véritable valeur des vésicatoires et de la théorie de la dérivation, considérée sous le rapport de l'inflammation; et c'est surtout dans l'espoir de provoquer l'attention sur ce point, que je m'y suis arrêté un instant.

Les toniques, appliqués à la surface des vésicatoires d'un mauvais aspect, ont changé rapidement leur couleur, amené

leur cicatrisation en assez peu de temps, et ils sont une preuve nouvelle des services qu'on doit attendre de l'usage des amers dans certaines inflammations intérieures, à une époque avancée de plusieurs d'entre elles, et, en particulier, dans l'affection typhoïde, dans les circonstances indiquées plus haut; puisqu'il y a assez généralement proportion entre l'état des vésicatoires et celui des plaques elliptiques de l'iléum, que celles-ci sont d'autant plus largement ulcérées que les vésicatoires ont un plus mauvais aspect, tendent davantage à l'ulcération.

On a vu, par ce qui a été dit précédemment de l'effet des émissions sanguines, chez les malades que j'ai traités à l'hôpital de la Pitié, depuis la première édition de cet ouvrage, qu'aucun d'eux n'eut de vésicatoires: ce qui n'a pas empêché le traitement employé d'avoir un assez grand succès.

Les vésicatoires sont généralement bannis aujourd'hui du traitement de l'affection typhoïde, et les praticiens ne leur reconnaissent plus guère que des inconvénients, assez souvent graves, quand on les emploie dans le cours de cette maladie, qu'elle soit sporadique ou épidémique; comme on peut s'en convaincre dans l'intéressant Mémoire de M. Gendron sur les petites épidémies. Il est inutile, par ces raisons, de s'y arrêter davantage.

CHAPITRE VI.

DE LA GLACE SUR LA TÊTE.

On appliqua d'un à 4 kilogrammes de glace sur la tête, ordinairement à plusieurs reprises, chez dix sujets dont l'affection eut une terminaison funeste (obs. 2, 7, 9, 14, 18,

24, 30, 33, 35, 53), dont le délire avait résisté à divers agents thérapeutiques (vésicatoires, sinapismes, sangsues au cou); et, à part trois cas, aucun changement appréciable, dans l'état des symptômes cérébraux, n'a suivi son application.

L'assoupissement fut un peu moindre qu'avant l'application de la glace, dans un des cas (obs. 14); il y eut un peu plus de calme, la nuit suivante, dans un autre (obs. 53); et tant qu'il eut la glace sur la tête, le troisième malade répondit par oui et par non ; ce qu'il ne faisait pas avant, ce qu'il ne fit plus après la fonte complète de la glace (obs. 7).

Il convient de remarquer d'ailleurs, que, chez sept des sujets dont il s'agit, l'emploi de la glace fut combiné avec l'application des sangsues, des sinapismes, des vésicatoires, et même avec la saignée générale pour quelques-uns ; moyens qui, dans toutes les théories, auraient dû avoir plus ou moins de succès, et dont l'inutilité tend au moins à prouver qu'à une certaine période de leur cours, les maladies suivent leur marche avec une opiniâtreté sur laquelle nos agents thérapeutiques n'ont qu'une influence extrêmement bornée.

Deux des sujets qui guérirent eurent de la glace sur la tête. Le délire, qui avait lieu depuis six jours, chez l'un d'eux, diminua le lendemain ; ce qui serait peut-être également arrivé, si la glace n'eût pas été appliquée, le délire ayant atteint, à cette époque, la limite la plus ordinaire de sa durée. Il n'y eut point d'amélioration chez l'autre sujet, malgré l'adjonction, à la glace, des dérivatifs et des sangsues au cou.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT DE L'AFFECTION TYPHOÏDE EN GÉNÉRAL.

Après avoir recherché par voie d'analyse la valeur des principaux agents thérapeutiques actuellement employés dans le traitement de l'affection typhoïde, il est nécessaire de revenir rapidement sur leur usage, de rappeler celui de quelques autres moyens qui ont aussi leur importance, d'exposer la marche à suivre dans les divers degrés de la maladie et aux époques variées de son cours.

On a vu, par ce qui précède, que la supériorité des évacuants, comme méthode générale de traitement de l'affection typhoïde, n'est pas encore incontestablement prouvée; on ne saurait, dès-lors, dans l'état actuel des choses, recommander les évacuants à l'exclusion des saignées. En supposant donc qu'on préfère ce dernier mode de traitement, voici comment on devra l'employer, et quels moyens accessoires on devra lui adjoindre.

On préférera les *émissions sanguines* par la lancette à la saignée par les sangsues ou par les ventouses scarifiées, dont l'utilité est moins bien démontrée, comme, au reste, dans beaucoup d'affections d'organes superficiellement placés.

On préférera aussi les saignées médiocres aux saignées nombreuses et répétées, en quelque sorte, coup sur coup; l'expérience étant en faveur des premières; et on y aura recours dans la période aiguë, dans les dix ou douze premiers jours de l'affection, en les proportionnant à l'intensité du mouvement fébrile et à la force des sujets. Une saignée de 300 à 400 grammes doit suffire quand le malade est d'une

constitution un peu faible ; il faudrait la répéter deux fois dans les dix ou douze premiers jours, dans le cas contraire, et la faire un peu plus considérable. On multiplierait en vain les émissions sanguines, pour éteindre, sous leur influence, le mouvement fébrile ; car l'expérience a montré et montre tous les jours, que l'affection typhoïde bien caractérisée, celle sur l'existence de laquelle aucun doute ne peut s'élever, n'est pas susceptible d'être jugulée ; ce qui n'est guère moins vrai, d'ailleurs, de la péripneumonie et des autres maladies inflammatoires.

Au-delà des quinze premiers jours, dans les cas graves, avant cette époque dans ceux où la maladie est légère et le mouvement fébrile peu considérable, les émissions sanguines retardent plus qu'elles n'accélèrent la convalescence ; il faut donc s'en abstenir après cette époque ; à moins, toutefois, que les symptômes de la maladie n'aient été faibles pendant longtemps, qu'ils n'aient pris un certain degré de violence depuis peu, que la couleur des chairs et la conservation de l'embonpoint n'indiquent une perte de forces peu considérable : car la considération des forces doit toujours être présente à l'esprit du médecin, puisque le péril et la gravité des affections aiguës sont proportionnés à la faiblesse réelle des malades, et que cette faiblesse favorise le développement des lésions secondaires.

L'action de la saignée doit être favorisée par d'autres moyens dont l'influence, pour ne pas être démontrée d'une manière aussi rigoureuse, ne saurait néanmoins être mise en doute ; et parmi eux se trouvent les boissons abondantes, les lavements adoucissants, une température peu élevée.

A raison de la nature et du siége de la maladie, les boissons ne sauraient sans doute être trop abondantes, et il ne

peut guère y avoir de limites à cet égard, que celles qui sont indiquées par la répugnance de l'estomac. C'est une nécessité, par cela même, de rendre les boissons agréables et douces, et de préférer à toutes les autres la solution d'un sirop plus ou moins aigre, suivant le goût des malades. Deux à trois litres de liquide, en vingt-quatre heures, doivent être considérés comme une quantité moyenne; et, si les malades veulent ou peuvent en boire davantage, il faut augmenter cette dose. L'abondance des boissons doit être proportionnée, d'ailleurs, à l'intensité du mouvement fébrile, proportionné lui-même, en général, à l'étendue et à la profondeur de la lésion spécifique de l'intestin grêle.

Sans doute, les boissons introduites dans l'estomac n'arrivent pas toutes dans l'iléum, où se trouve ordinairement bornée l'affection des plaques elliptiques; mais, par leur mélange avec les liquides contenus dans l'estomac et dans le jéjunum, elles peuvent en adoucir l'action, et agir directement ou indirectement sur les plaques. On parvient, dans les maladies externes, à calmer les symptômes inflammatoires par des émollients en cataplasmes ou en bains; on doit tendre au même but, par des moyens analogues, dans le traitement de la maladie qui nous occupe.

Les boissons aigrelettes, celles qui doivent cette qualité à l'acide carbonique qu'elles contiennent, doivent surtout être employées dans le traitement de l'affection typhoïde. Déjà recommandées par les anciens, remises en usage par les médecins anglais dans ces derniers temps, je les ai prescrites, comme on l'a vu plus haut, aux cent malades que j'ai traités à la Pitié, avec un assez grand succès, par les saignées médiocres. Il convient donc d'avoir recours à l'eau de Seltz artificielle. Une bouteille de cette eau par jour, mêlée avec une certaine quantité de solution de sirop de

gomme ou autre, m'a paru suffire : on devrait y recourir dans les mêmes cas, et l'employer aux mêmes doses, peut-être même à des doses plus élevées, suivant la manière dont les malades la supporteraient, si l'expérience, qu'on peut faire sans inconvénient, montrait qu'une plus grande quantité d'eau de Seltz est favorable à l'issue de la maladie.

L'eau chlorurée, à dose de 5 à 8 centigrammes par verre de liquide, pourrait peut-être remplacer, avec avantage, l'eau de Seltz ; bien que sa supériorité, d'après les essais comparatifs de M. Chomel, ne soit pas encore démontrée. M. Chomel termine, en effet, ses recherches sur les chlorures, ainsi qu'il suit : « En résumé, bien que les résultats obtenus par les » chlorures dans le traitement de cette maladie, aient été » très différents dans les diverses années, cette méthode » thérapeutique est encore celle qui nous a donné la plus » forte proportion de succès; et nous continuerons à em- » ployer un traitement qui, combiné avec la méthode ration- » nelle, nous a donné jusqu'ici, malgré ses insuccès, des » résultats plus avantageux qu'aucune autre méthode. »

Les lavements adoucissants avec une décoction de graine de lin, en provoquant et en favorisant la sortie des matières contenues dans l'intestin, ne peuvent qu'être utiles aux malades, à toutes les époques de la maladie : on doit en donner un tous les jours, dès les premiers temps ; et à une époque plus avancée, quand les selles sont très nombreuses, quand l'intestin grêle n'est peut-être plus la seule portion du canal de l'intestin affectée, quand le colon est peut-être plus ou moins enflammé, les lavements doivent être répétés au moins deux ou trois fois par jour et retenus pendant huit à dix minutes chaque fois, si les malades jouissent de leur intelligence et peuvent faire quelques efforts pour les garder pendant un certain temps.

Que si la diarrhée, après l'usage des lavements continués pendant quelques jours, était trop considérable et épuisait le malade, on chercherait à la diminuer par l'addition de quelques gouttes de laudanum de Sydenham à des quarts de lavements de lin, en engageant le malade à les retenir; et si ce moyen était insuffisant pour borner le nombre des selles, on donnerait, une seule fois, comme le font les médecins anglais dans quelques cas de diarrhée, une petite dose de calomel, après l'effet duquel on reviendrait aux quarts de la vement de lin laudanisés.

Comme tout, dans la première période de l'affection typhoïde, doit tendre à diminuer la violence du mouvement fébrile, et que la chaleur ambiante, quand elle est trop forte, ne peut que l'augmenter ; la température de l'appartement des malades sera peu élevée : le froid est moins à craindre que l'excès contraire, et, cependant, il faut aussi s'en préserver, puisqu'il pourrait exciter ou augmenter la toux, si ordinaire dans le cours de l'affection, peut-être même favoriser le développement d'une pneumonie, dont l'issue est toujours douteuse, surtout dans un état de faiblesse ordinairement considérable.

Si par des raisons quelconques les *évacuants* étaient préférés aux émissions sanguines, on aurait d'abord recours, dans les cas indiqués par M. De Larroque, au tartre stibié en lavage, pour déterminer quelques évacuations par en haut; puis on donnerait journellement, ou tous les deux jours, une certaine quantité d'eau de Sedlitz ou de Pullna, ou 30 grammes d'huile de ricin, ou quelques centigrammes de calomel, de manière à avoir de quatre à cinq selles par jour Et si l'usage des laxatifs était suivi de selles trop abondantes, on les suspendrait, puis on aurait recours aux quarts de lavement laudanisés, comme cela a été dit tout à l'heure

au sujet du traitement par les émissions sanguines. D'ailleurs, comme dans ce dernier traitement, on aurait encore recours aux lavements de lin entiers, donnés tous les jours, concurremment avec les laxatifs pris par la bouche; on donnerait des boissons aigrelettes, agréables au malade, et en aussi grande quantité que la soif l'exigerait.

S'il est nécessaire, quelque traitement qu'on adopte, d'entretenir, dans la chambre des sujets atteints d'affection typhoïde, une température convenable, il ne l'est pas moins de veiller, avec une attention pour ainsi dire extrême, à tout ce qui concerne la propreté. Nulle part ce soin n'est aussi nécessaire, surtout à l'époque du délire, si les malades ont des évacuations involontaires. Alors, en effet, les excrétions, en contact avec la peau, pendant un temps trop considérable, concourraient puissamment au développement de l'érysipèle, ou des eschares, qui sont, dans quelques cas, une cause évidente de mort, etc. Il convient, par cette raison, de visiter souvent les malades, de s'assurer qu'ils ne sont pas mouillés, de les placer sur une alèze dont le changement peut avoir lieu plusieurs fois dans le cours de la journée, sans trop les fatiguer; ce qui est toujours d'une grande importance, dans une affection caractérisée par une dépression des forces plus considérable que dans toute autre. Il n'est pas moins indispensable de changer souvent les malades de place, de les mettre alternativement sur l'un ou sur l'autre côté, de les placer sur un lit mollet, qu'on doit refaire au moins une fois tous les jours, afin d'éviter les mauvais effets de la compression. On doit aussi renouveler fréquemment l'air de l'appartement : en un mot, il faut prodiguer les attentions et les ressources de l'hygiène, dans une maladie toujours longue et dont la marche est généralement peu influencée par les agents thérapeutiques.

Que si, malgré toutes ces précautions, les téguments du sacrum ou des parties environnantes venaient à rougir et à menacer de s'ulcérer, on aurait recours aux coussins à air ou à d'autres analogues, percés à leurs centres, plus ou moins plats ou saillants, de manière que les parties rouges et menacées de gangrène ou d'ulcération, ne soient plus comprimées, et ne supportent pas le poids du corps, au moins pour un certain temps. Le sparadrap de diachylon, dont on recouvre ordinairement les parties rouges du sacrum, ou celles qui commencent à s'ulcérer, a des inconvénients, en ce que, chez un assez grand nombre de personnes dont la peau est très facilement modifiée par l'application d'un emplâtre quelconque, l'usage de ce moyen suffit pour produire un eczéma sur la peau saine, et doit, chez les mêmes sujets, hâter une ulcération qu'il faudrait prévenir. Il faut y renoncer, et le remplacer, quand il n'y a que de la rougeur, par des linges fins et biens secs. S'il y avait un léger suintement au niveau des parties rouges, on les saupoudrerait avec un peu d'amidon ou de poudre de licopode; et, dans le cas d'ulcération commençante au milieu de la rougeur, on ajouterait à ces moyens un petit plumasseau de charpie fine, enduite d'une petite quantité de cérat de saturne, placé sur l'ulcération.

Dans les cas les plus ordinaires, et sous l'influence des moyens qui viennent d'être indiqués, les symptômes, après avoir eu plus ou moins d'intensité pendant un espace de temps qui varie, s'amendent successivement : la prostration des forces cesse, l'appétit commence à se faire sentir, et, à l'aide d'une alimentation graduée, sans autres moyens accessoires, les forces reviennent, et la convalescence marche plus ou moins rapidement.

Dans d'autres cas moins communs, après la cessation de

la fièvre et de la plupart des autres symptômes, la diarrhée ayant cessé plus ou moins complétement, les malades n'éprouvant aucun symptôme qui puisse faire croire à une affection inflammatoire de l'estomac, si leur appétit et leurs forces ne reviennent pas, il convient de leur donner quelques légers toniques, soit une limonade vineuse, soit de l'eau de Seltz, soit une infusion amère; car alors on a bien moins à combattre une inflammation que ses suites, et les toniques légers semblent indiqués, bien que l'expérience, une expérience rigoureusement déduite d'un certain nombre de faits, n'ait pas mis leur utilité hors de doute. Il n'en est pas de même, comme on l'a vu plus haut, des toniques forts, de l'extrait de kk. à haute dose, en particulier, si utile dans les cas où la faiblesse et la prostration des forces existent au plus haut degré, quand, d'ailleurs, le pouls est peu ou point accéléré, quand la chaleur est naturelle ou peu élevée, la respiration peu fréquente, la diarrhée médiocre, les symptômes cérébraux peu intenses ou nuls.

Que si, au moment de donner les toniques forts, au nombre desquels on peut placer les vins de Bordeaux, les vins d'Espagne, etc., etc., on avait quelques doutes sur l'état de l'estomac, si l'on craignait quelque inflammation latente de la membrane muqueuse de cet organe, on pourrait d'abord essayer les toniques faibles, dont l'innocuité lèverait tous les doutes.

Mais le traitement de l'affection typhoïde, tel que je viens d'en exposer les parties principales, est celui des cas les plus simples, de ceux dans lesquels les symptômes cérébraux et le météorisme sont peu considérables, dans lesquels aucune complication importante ne vient fixer l'attention du médecin. Dans les cas contraires, que faut-il faire ?

On convient généralement qu'un *délire* médiocre n'exige

pas un traitement spécial bien énergique, et, selon la pratique la plus générale, on s'est borné, pour le combattre, chez les sujets dont j'ai donné l'histoire, à l'application des vésicatoires et des sinapismes aux membres inférieurs. Mais il résulte des faits précédemment exposés, que les vésicatoires n'ont pas eu d'influence appréciable sur les symptômes cérébraux ; que s'ils en ont exercé quelqu'une sur la durée de la maladie, chez les sujets qui ont guéri, c'est en la prolongeant un peu : on a vu aussi qu'on ne peut les considérer que comme une maladie ajoutée à une autre maladie, qu'ils sont souvent suivis de l'ulcération ou de la destruction complète de la peau dans les points où ils sont appliqués ; de manière qu'on ne voit pas sur quel motif on en prescrirait l'usage, et qu'il serait réellement plus conforme à l'expérience de les proscrire que de les employer. C'est ce que j'ai fait, dans ces derniers temps, pour les malades que j'ai traités à l'hôpital de la Pitié ; ce qui n'a pas empêché, comme on a vu, la proportion des cas de guérison d'être assez considérable. Je ne crois pas non plus, par des raisons analogues, qu'un centre de fluxion établi par d'autres moyens, par des sinapismes en particulier, puisse être utile ; un centre de fluxion bien autrement énergique ayant lieu dans l'intestin grêle, dans l'affection qui nous occupe, et paraissant provoquer des points d'irritation dans d'autres organes, au lieu de les en préserver.

Il faut d'ailleurs se rappeler que si la plupart des symptômes de l'affection typhoïde s'expliquent par l'état des organes auxquels ils se rattachent, il n'en est pas ainsi du délire, qu'on ne peut expliquer par l'état apparent du cerveau ; que, plus qu'aucun autre symptôme, celui-ci semble sous la dépendance de l'intestin grêle, dans l'affection qui nous occupe ; de manière que son traitement ne paraît pas devoir

différer de celui de la maladie principale. D'ailleurs, si les épispastiques n'ont pas eu d'influence appréciable sur le délire et la somnolence, il en a été de même de l'application de la glace sur la tête, et des sangsues au cou, isolément ou simultanément; en sorte qu'on ne voit pas trop non plus comment on pourrait en recommander l'emploi contre le délire quel qu'il soit. Et l'on ne s'explique guère le précepte qui a consacré l'usage de la glace en pareil cas, qu'en admettant, comme nous en avons vu un exemple, que l'application de la glace sur la tête, à une époque déjà *éloignée* du début du délire, et voisine de celle où ce symptôme cesse spontanément, aura été suivie du retour de l'intelligence chez quelques sujets, et qu'on aura considéré comme cause ce qui n'était réellement qu'une simple coïncidence. La saignée générale n'a pas été plus utile que la saignée locale, pour combattre le délire avec succès; en sorte qu'il est vrai de dire que jusqu'ici la médecine est impuissante contre ce symptôme; et cette impuissance est d'autant plus déplorable, que le trouble des fonctions du cerveau peut, indépendamment des altérations de cet organe, devenir, comme on l'a vu antérieurement, une des principales causes de mort.

Faudra-t-il donc rester spectateur tranquille d'un délire violent, d'un assoupissement extrême et continu? Si l'expérience ne parle pas en faveur de la saignée, elle ne montre pas non plus qu'elle ait été nuisible dans ces cas, pratiquée à une certaine époque, du moins. Si donc le délire devenait violent au douzième ou au quinzième jour de la maladie, chez un sujet qui aurait été saigné assez largement deux fois, dans les dix premiers jours; si sa figure était rouge et animée, on pourrait prescrire une saignée nouvelle, de 200 à 300 grammes; mais on ne devrait pas, je pense, ni la répéter, ni la faire plus considérable; et il faudrait, si l'on avait

eu recours aux purgatifs, en continuer l'usage, à moins que le nombre des selles ne fût excessif. On devrait encore, d'après ce qui a été dit plus haut, s'abstenir des épispastiques, en faveur desquels l'expérience ne s'est pas prononcée, et dont les inconvénients ne sont douteux pour personne.

Il en est du *météorisme* comme des symptômes cérébraux : tant qu'il est maintenu dans certaines limites on s'en occupe peu ; mais, à un degré considérable, il gêne nécessairement beaucoup l'action des viscères thoraciques et abdominaux, il entraîne une altération plus ou moins marquée de la structure de l'intestin (1), c'est un symptôme formidable : quel moyen lui opposer ? Sur ce point comme sur tant d'autres, l'expérience est muette. Mais comme il y a dans le météorisme quelque chose de spécifique, comme on ne peut en expliquer le développement par l'état apparent de la membrane interne de l'intestin, il est convenable de se livrer à des essais qui, tôt ou tard, peuvent avoir des résultats heureux. Ces essais doivent être d'autant plus encouragés, que le gros intestin est le siége principal du météorisme, et qu'on peut appliquer à sa surface les agents thérapeutiques. On pourrait, dans cette intention, donner des lavements d'une eau légèrement alcaline et mucilagineuse qui absorberait peut-être une partie des gaz qui distendent l'intestin, et aurait, en outre, une action favorable sur la membrane muqueuse de l'organe, si elle est la source des gaz, ou sur les matières avec lesquelles elle est en contact. Peut-être aussi, dans des cas semblables, l'eau magnésienne devrait-elle être donnée en boisson. Je ne parle pas des moyens mécaniques dont l'application est fatigante et qui n'ont pas eu, d'ailleurs, que je sache, les succès qu'on s'en était proposé.

(1) Page 201 du premier volume.

Ces essais, que je conseillais dans la première édition de cet ouvrage, je les ai tentés depuis, mais, je dois le dire, à peu près sans succès ; à part la magnésie donnée en lavement, dans une décoction de graine de lin, et qui a été suivie d'une légère diminution du météorisme, dans quelques cas dont je ne possède malheureusement pas l'histoire détaillée.

Les *spasmes* de toute espèce ont paru, comme le délire et l'assoupissement, réclamer des secours particuliers. Mais tandis que le délire a conduit à l'emploi des antiphlogistiques, on a opposé aux spasmes des agents thérapeutiques d'un effet opposé : des excitants volatils, du musc, etc. Ces médicaments, dont l'usage n'a pas été suivi de succès, doivent être, ce me semble, bannis de la pratique dans les circonstances dont il s'agit ; car leur effet probable doit être d'augmenter le mouvement fébrile et la violence des symptômes. J'ajoute qu'on ne peut rapporter les spasmes, comme le délire, à l'état du cerveau, que secondairement ; en sorte que ce qui a été dit, relativement au délire et aux autres symptômes cérébraux, doit s'appliquer aux spasmes. Qu'on n'oublie pas, d'ailleurs, que les symptômes cérébraux masquent tous les autres, ou s'opposent au développement de ceux qui devraient correspondre aux altérations qui ont lieu dans le cours du délire ; que si, alors, la membrane muqueuse de l'estomac était le siége de quelques lésions, comme cela est assez fréquent, il ne serait pas possible de s'en assurer ; qu'en donnant des médicaments excitants, dont l'utilité ne peut être démontrée pour personne, on exposerait les malades à des inconvénients graves. Si, malgré ces considérations, on croyait devoir opposer aux spasmes les antispasmodiques proprement dits, on devrait au moins les appliquer sur le colon, dans le cas où la diarrhée serait peu considérable, si rien ne pouvait faire soupçonner

un état inflammatoire de la membrane muqueuse du gros intestin, si la fièvre était nulle ou presque nulle : cas dans lesquels on pourrait tenter, avec plus de succès, d'après ce qui a été rapporté plus haut, l'administration de l'opium.

Mais c'est surtout dans les cas de *perforation de l'intestin grêle*, qu'il faudrait recourir à l'opium à haute dose, depuis 15 à 20 centigrammes par jour, jusqu'à 20, 30, 40, 50 et plus, et en continuer l'usage pendant un espace de temps plus ou moins considérable. Durant son administration, ou tant qu'on pourrait avoir quelque espoir dans son action, on ne permettrait au malade que la plus petite quantité possible de boissons fraîches, ou quelques petits morceaux de glace ; et si la constipation avait lieu, on attendrait, pour la vaincre, que tout danger ait cessé, et l'on ne provoquerait les selles qu'à l'aide de quelques lavements simples, ou légèrement purgatifs, dans les cas où les premiers seraient sans résultat.

La *rétention d'urine*, qui a lieu dans quelques cas graves d'affection typhoïde, exige que le cathétérisme soit répété plusieurs fois le jour, tant qu'elle existe ; et comme on ne l'observe qu'au milieu des symptômes nerveux les plus graves, chez des malades qui ne peuvent rendre compte de ce qu'ils éprouvent, le médecin doit toujours rechercher, avec beaucoup de soin, ce qui se passe du côté des voies urinaires.

D'autres symptômes moins fréquents, ou moins directement liés à la nature de la maladie, se présentent encore assez souvent, et semblent réclamer des soins particuliers. Jetons un coup d'œil sur les principaux.

L'*inflammation de l'arrière-bouche*, ordinairement peu considérable, dans les cas où on l'observe, n'exige pas un traitement actif; et le peu de succès des émissions sanguines générales ou locales dans l'angine essentielle, quel qu'en soit le degré, indique assez qu'on doit s'en abstenir quand elle a

lieu chez les sujets atteints d'affection typhoïde. On se bornerait, alors, à des applications émollientes autour du cou, à des gargarismes adoucissants, si le malade pouvait s'en servir ; ou bien on toucherait la partie enflammée avec un pinceau trempé dans un mucilage. Les mêmes soins devraient être appliqués à la langue, dans le cas où elle serait plus ou moins rouge, épaisse, fendillée ou encroûtée, ou recouverte d'un enduit pultacé ; ces divers états étant, comme on l'a vu antérieurement, plus ou moins inflammatoires.

Que si, au lieu de faire usage des émissions sanguines, on avait eu recours au traitement évacuant, il faudrait le suspendre, s'il survenait quelques symptômes indicateurs d'une *inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac;* inflammation qui, à la vérité, n'est guère plus fréquente ici que dans les autres maladies aiguës, ainsi que le lecteur se le rappelle sans doute, et qui ne se développe, quand elle a lieu, qu'à une époque plus ou moins avancée de l'affection.

La *toux* réclame bien rarement des soins particuliers. Tant qu'elle est peu considérable, comme c'est le plus ordinaire, et seulement liée à l'état de la membrane muqueuse des bronches, le traitement général ne doit pas être modifié. L'addition d'une potion gommeuse est suffisante, quand la toux est un peu incommode et dépendante de la même cause. Si elle en reconnaissait une plus grave. l'inflammation du parenchyme pulmonaire, par exemple, ce qui est rare, sinon dans quelques conditions atmosphériques particulières, il faudrait distinguer, comme je l'ai dit pour les symptômes gastriques et cérébraux, les cas où elle se manifeste à une distance peu éloignée du début, de ceux où elle a lieu à une époque avancée de la maladie, quand la faiblesse est considérable, et se conduire en conséquence : en

sorte que si la faiblesse était trop considérable pour recourir aux émissions sanguines, mais pas assez pour qu'on eût à craindre de provoquer des évacuations alvines ou autres, on pourrait, dans des cas très graves, avoir recours au tartre stibié, à dose Rasorienne, comme on l'a fait quelquefois avec succès, chez les enfants, ainsi que je le montrerai tout à l'heure.

Que si, dans la convalescence, les malades étaient tourmentés et affaiblis par des *sueurs copieuses*, on aurait recours à une infusion de quinquina faite à froid, après une macération de vingt-quatre heures. A supposer qu'il n'y eût pas de contre-indication, cette infusion serait donnée à dose d'une ou de deux petites tasses par jour, pendant une semaine environ, sans sucre ; et si son usage n'était pas suivi de succès, on la remplacerait par une infusion de menthe ou autre aromatique.

On devrait encore, s'il y avait, pendant la convalescence, une *insomnie fatigante*, donner quelque préparation opiacée; et on aurait recours au même moyen, en y associant des boissons convenables, si la diarrhée se prolongeait indéfiniment à la même époque de la maladie.

Il résulte de tout ce qui précède, sur l'effet des principaux agents thérapeutiques le plus généralement employés aujourd'hui dans le traitement de la fièvre typhoïde, que ces agents ont une influence heureuse, bien que bornée, sur la marche et la terminaison de cette maladie ; et l'examen impartial des faits montre avec assez de précision la meilleure manière d'employer les trois principaux moyens que l'expérience a mis en notre pouvoir : la saignée, les évacuants, et les toniques. D'ailleurs, les succès assez bornés qui ont été

obtenus jusqu'ici ne doivent pas décourager les amis de la science, et faire croire qu'on n'arrivera jamais à un traitement mieux approprié à la maladie qui nous occupe. Qui aurait pu prévoir les effets de l'opium, ceux du quinquina, et la vertu préservatrice de la vaccine? Ce que le hasard et l'observation ont fait, ils peuvent le faire, ils le feront sans doute encore ; et la thérapeutique, comme les autres parties de la science, doit tout attendre de l'observation.

Quant au traitement de l'affection typhoïde chez les *enfants*, il ne diffère pas sensiblement de celui qui vient d'être exposé, et les mêmes moyens sont suivis, chez eux, de résultats analogues à ceux qu'on observe chez l'adulte, au moins d'après les faits recueillis par MM. Taupin et Rilliet; faits nombreux, mais pas encore assez, suivant la remarque de ces médecins, qui procèdent toujours avec réserve, pour que les résultats exposés par eux puissent être érigés en loi.

Ainsi, M. Taupin n'a jamais remarqué que la *saignée* eût une heureuse influence, soit immédiatement, soit à distance, sur l'intensité de la fièvre, du délire, de la diarrhée, des douleurs de tête et de ventre; sur l'état de la langue, sur l'engouement du poumon de ses jeunes malades. Elle lui a semblé affaiblir les enfants, rendre leur affection plus longue, et les exposer à contracter plus facilement les maladies auxquelles leur faiblesse ne leur permettait pas de résister. Cependant, si le sujet est robuste, s'il a une fièvre vive, avec coloration intense de la face, et du délire, M. Taupin conseille d'essayer d'une saignée générale, ou d'une application de sangsues à l'anus ou dans la région iléo-cœcale, mais seulement au début ; et il paraît préférer les saignées locales au moyen des sangsues ou des ventouses scarifiées qui, à une exception près, ont toujours été employées dans les

cas soumis à son observation, et appliquées au flanc droit, à l'anus, aux apophyses mastoïdes, ou sur la poitrine, ou sur l'abdomen.

M. Rilliet, de son côté, fait des remarques analogues, n'ayant vu les émissions sanguines suivies d'une amélioration appréciable, que dans un cas où la maladie eut une terminaison heureuse.

Quant aux *purgatifs* (eau de Sedlitz, eau magnésienne saturée, huile de ricin, calomel), ils ont été mis en usage dans la plupart des cas observés par M. Taupin, ou chez quatre-vingt-neuf malades; soit seuls, soit unis aux évacuations sanguines, aux vomitifs, etc.; et ce médecin affirme qu'ils n'ont jamais été suivis d'accidents, bien qu'on les ait donnés avec abondance; que dans aucun cas ils n'ont augmenté la fièvre, ou déterminé l'inflammation de l'estomac ou de l'intestin; qu'ils ont presque toujours paru modifier avantageusement, et de bonne heure, les accidents cérébraux et abdominaux, humecté la langue, amené une convalescence prompte; que les malades purgés ont été atteints d'eschares au sacrum bien moins souvent que les malades traités par les émissions sanguines, encore que les purgatifs n'aient jamais jugulé l'affection en quelques jours. D'ailleurs, ces purgatifs étaient donnés indifféremment dans les cas de diarrhée ou de constipation; à petite dose, dans les cas légers; à dose répétée, dans les cas graves, et dès le début, pour les continuer jusqu'à guérison complète, jusqu'à ce que la diarrhée ne reparût point pendant leur emploi. Aussi, M. Taupin recommande vivement l'emploi des purgatifs, et il conseille de purger abondamment depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, et avec persistance, s'il y a constipation, météorisme, séche-

resse de la langue. Il conseille aussi l'usage de l'ipécacuanha au début, quand la bouche est amère, la langue chargée, dans les cas où la prostration est extrême ; ayant vu des enfants tirés de l'assoupissement où ils étaient plongés, par la secousse du vomitif, etc.

Les faits recueillis par M. Rilliet sont moins favorables à l'action des purgatifs; car, au sujet de vingt-neuf malades observés par lui et qui ont guéri après en avoir pris, il affirme que les purgatifs ne lui ont pas paru avoir une influence directe sur l'intensité du mouvement fébrile et sur les symptômes nerveux; et il fait les mêmes remarques en parlant des malades qui ont succombé après avoir été soumis à la même médication. A la vérité les purgatifs ne furent pas employés de la même manière, chez les enfants dont M. Taupin a recueilli l'histoire et chez ceux dont il s'agit ; lesquels, comme l'observe M. Rilliet, n'ont presque jamais fait usage des purgatifs dans *tout* le cours de la maladie et *tous* les jours ; et l'on conçoit que si ces médicaments sont aussi utiles, dans le cours de l'affection typhoïde des enfants, que le dit M. Taupin, quand ils sont donnés journellement et avec persévérance, il pourrait en être tout autrement quand ils sont prescrits plus rarement, et pendant un espace de temps moins considérable. Mais c'est à l'expérience ultérieure à juger définitivement cette question.

M. Taupin a vu prescrire des préparations *opiacées* à des enfants qui, après avoir été délivrés des symptômes abdominaux, avaient une bronchite intense ou une insomnie fatigante, sans dire, toutefois, si cette médication a eu beaucoup de succès.

Le même médecin a vu donner les *toniques* ou les *excitants*, quand les symptômes de réaction avaient cessé et

que les enfants se trouvaient dans un état de faiblesse qui n'aurait pu se dissiper par les seuls efforts de la nature. Les médicaments ordonnés étaient une infusion de racine d'angélique, une solution d'acétate d'ammoniaque, à dose de 8 à 30 grammes par jour ; le plus souvent c'était une infusion de camomille faite à froid, du vin ou du sirop de quinquina, du vin de Bordeaux, de Malaga; du diascordium ; et M. Taupin recommande cette médication dans les mêmes circonstances, sans s'expliquer néanmoins sur son efficacité. M. Rilliet garde le même silence sur l'effet des mêmes moyens prescrits aux malades dont il a recueilli l'histoire.

S'il y a prédominance de *symptômes cérébraux*, M. Taupin conseille de purger fortement ; et si le coma succède au délire et se prolonge d'une manière inquiétante, il recommande les vésicatoires aux membres inférieurs, d'après une sorte d'expérience qui a montré, dit-il, leur utilité, quand ils avaient été appliqués, en pareil cas, à la nuque ou aux extrémités inférieures.

Les *pneumonies lobaires* et *lobulaires* ont eu lieu dans sept cas d'affection typhoïde observés par M. Taupin ; et, dans chacun d'eux, le tartre stibié a été donné à haute dose, avec des succès variés. On devrait donc avoir recours, dans des cas analogues, à l'administration du même moyen.

Ainsi, comme je le disais en commençant, ce qui est relatif au traitement de l'affection typhoïde des enfants, ce traitement est à peu près le même que chez l'adulte ; les mêmes moyens sont suivis des mêmes effets, si ce n'est peut-être la saignée, qui, d'après le témoignage de M. Taupin, serait généralement plus nuisible qu'utile, dans l'enfance.

Une dernière remarque au sujet du traitement de l'affection typhoïde du premier âge, c'est que cette maladie étant généralement moins grave, à cette époque de la vie que dans l'âge adulte, ou après vingt ans, elle doit exiger moins fréquemment aussi l'usage des moyens actifs. On ne sera pas surpris, par cette raison, qu'elle ait eu une heureuse issue dans treize cas recueillis par MM. Rilliet et Taupin, cas dans lesquels on s'est borné aux délayants et à la diète; bien que trois d'entre eux fussent graves et eussent revêtu la forme adynamique.

Quant au *traitement préservatif*, comme, à part la faculté contagieuse de la maladie, on ne sait rien de positif sur les causes qui peuvent en amener le développement, c'est surtout de la contagion qu'il faudra se préserver; et si l'on ne peut entièrement prévenir toute communication entre les personnes malades et celles qui ne le sont pas, et qui n'ont pas été atteintes de l'affection typhoïde antérieurement, on diminuera les dangers de cette communication en renouvelant l'air avec soin, en tenant les malades dans une extrême propreté, en les mettant, s'il se peut, dans une chambre vaste. Et on prendra ces précautions, non-seulement dans les provinces, où la faculté contagieuse de la maladie est hors de contestation, mais même à Paris, où la contagion doit être admise, malgré la difficulté d'en donner la preuve par des faits de détails.

Après les précautions nécessaires pour se préserver de la contagion, il est surtout important d'éviter l'encombrement, principalement s'il existe à la fois, comme c'est le plus ordinaire, des personnes bien portantes et des personnes malades réunies dans un même lieu; puisque ce mélange et cet encombrement sont au nombre des causes les plus cer-

taines du typhus, quand ils existent à un certain degré.

L'observation des autres lois de l'hygiène n'est sans doute pas moins nécessaire, pour éviter la maladie qui nous occupe, que pour se soustraire à toutes les autres; puisque l'oubli des règles que l'expérience et la nature indiquent, amène la faiblesse, une des conditions qui favorise le plus l'action des causes morbides, de quelque nature qu'elles soient.

CINQUIÈME PARTIE.

ANALOGIES ET DIFFERENCES QUI EXISTENT ENTRE L'AFFECTION TYPHOIDE ET LES AUTRES MALADIES AIGUES FÉBRILES.

Bien que les faits relatifs à la comparaison qui va nous occuper se trouvent indiqués, çà et là, dans les différentes parties de cet ouvrage, je crois devoir les présenter dans leur ensemble; car on ne saurait étudier avec trop de soin et sous trop d'aspects différents, une maladie qui tient une place si importante dans le cadre nosologique, et qui a été, pendant si longtemps, l'objet de graves erreurs.

Pour apprécier les analogies et les différences dont il s'agit, je rappellerai successivement les points les plus importants de l'affection typhoïde, relativement à l'objet que je me propose : son début, sa marche, ses causes ou les circonstances qui précèdent son développement, et les lésions trouvées à l'ouverture des corps.

1° Comme les maladies aiguës ordinairement inflammatoires, l'affection typhoïde *débute* par un mouvement fébrile plus ou moins violent, un frisson d'une durée variable, suivi de chaleur et de sueur. Cependant, les frissons se répètent plus souvent au début de l'affection typhoïde que dans les autres maladies, ce qui met déjà entre elles et celle-ci une certaine différence. Des maux de tête, des douleurs dans les membres, une faiblesse, ordinairement très marquée, ont lieu en même temps que ces premiers symptô-

mes, et, comme eux, ils sont ordinairement plus marqués dans l'affection typhoïde que dans les autres maladies aiguës fébriles.

2o Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, le mouvement fébrile est accompagné, à son début, de quelques *symptômes locaux* du côté de l'abdomen, de douleurs de ventre et de selles liquides; symptômes qui se développent successivement ou simultanément, le plus ordinairement simultanément, et sont sous la dépendance des lésions commençantes de l'iléum. Sous ce point de vue, l'affection typhoïde ressemble beaucoup plus aux maladies inflammatoires proprement dites, qu'aux fièvres éruptives, dans lesquelles le symptôme caractéristique de la maladie, l'éruption, est à peu près constamment précédé de symptômes avant-coureurs; tandis que dans l'affection typhoïde, comme dans les autres maladies aiguës inflammatoires, la pneumonie, la pleurésie, l'angine, l'érysipèle, etc., ces symptômes sont plus ou moins rares, forment l'exception, et non la règle. Toutefois cette différence n'établit pas une démarcation tranchée entre les affections éruptives, l'affection typhoïde et les autres maladies inflammatoires du cadre nosologique; elle les rapproche, au contraire, jusqu'à un certain point. Car, si les symptômes précurseurs, qui se développent au début des affections éruptives, sont le résultat d'une cause qui agit profondément sur l'économie avant de produire des désordres partiels ou locaux, il faut admettre qu'il en est de même dans les autres affections aiguës, dans les cas où des prodromes ont eu lieu. Dans ces cas, la marche de la maladie est-elle différente de celle qui a lieu quand les symptômes précurseurs manquent? Le péril est-il plus grand? On pourrait le présumer d'après quelques faits;

mais c'est un point à étudier, et pour lequel, malheureusement, il faudra réunir un grand nombre d'observations, si l'on veut arriver à des résultats concluants.

3° Considérée dans ses *symptômes*, à part ceux du début, l'affection typhoïde diffère presque également des maladies éruptives et des maladies inflammatoires proprement dites; en ce que, dans les unes et dans les autres, le nombre des symptômes est borné, peu considérable; tandis qu'il est varié à l'infini, en quelque sorte, dans l'affection typhoïde, quel qu'en soit le degré. Car tout souffre dans cette maladie: et les fonctions des organes placés dans les cavités splanchniques ne sont pas seulement altérées, leur mode de souffrance indique encore une altération appréciable, quelquefois spéciale, des organes qui en sont chargés. Ainsi, du côté de l'abdomen, le météorisme et l'augmentation du volume de la rate sont presque constants, il existe quelquefois une paralysie de la vessie, des selles sanglantes, une dysphagie dépendante des ulcérations plus ou moins nombreuses de l'œsophage. Du côté du thorax, c'est une toux ordinairement médiocre, un râle sifflant assez souvent universel, sans oppression, qui annonce un état particulier des bronches. Du côté de l'encéphale, c'est une répugnance plus ou moins profonde à l'exercice des facultés intellectuelles, un assoupissement, d'ordinaire considérable, de l'agitation, du délire, des spasmes, des soubresauts des tendons, des roideurs spasmodiques des membres. Du côté des organes des sens, la vue est trouble dans quelques cas, alors même que les malades ne quittent pas le décubitus horizontal; l'oreille est moins fine; chez un certain nombre de sujets la surdité est complète, les bourdonnements sont nombreux, les épistaxis sont fréquentes; les taches roses,

lenticulaires, en nombre variable, apparaissent dans presque tous les cas; les *sudamina* sont presque aussi communs: et quelle maladie offre des symptômes aussi nombreux, soit parmi les affections aiguës inflammatoires, proprement dites, soit parmi les affections éruptives?

4° La *marche* de l'affection typhoïde s'éloigne de celle de la plupart des maladies aiguës fébriles, par sa durée, toujours considérable, quelque peu graves que soient les symptômes; en sorte que je ne l'ai jamais vue durer moins de quatorze jours; tandis que les maladies éruptives et les affections aiguës inflammatoires parcourent, assez généralement, leurs périodes en beaucoup moins de temps. La marche de l'affection typhoïde s'éloigne encore de celle des affections éruptives, en ce que la durée de celles-ci a quelque chose de fixe, en général, bien que les exceptions à la règle soient plus fréquentes qu'on ne serait porté à le croire d'après les descriptions données par les auteurs; tandis que la durée de la maladie qui nous occupe, si elle est toujours longue, est véritablement illimitée, et n'a rien de cette sorte de régularité qu'on observe dans la rougeole, la scarlatine et la variole, quand elle est discrète. Et cette différence s'explique parfaitement bien d'ailleurs par celle qu'offrent les lésions, qui sont ordinairement si graves, dans l'affection typhoïde, qui rapprochent cette maladie des affections inflammatoires les plus nombreuses, bien plus que quelques analogies ne permettent de l'assimiler aux fièvres dites éruptives.

5° Une des *causes* de l'affection typhoïde la rapproche assurément de ces dernières maladies; je veux parler de la contagion, qui en amène bien plus sûrement le développement que beaucoup d'autres circonstances qui ont été considérées, jusqu'ici, comme très capables de la produire.

Toutefois, tandis que les fièvres éruptives ne se développent que par contagion (au moins ne peut-on pas avoir d'autre manière de voir aujourd'hui), l'affection typhoïde peut naître spontanément ; car cette maladie ne paraît pas différer du typhus qui se développe de cette manière, dès que des hommes en proie à la misère et aux privations de toute espèce, se trouvent réunis dans des espaces étroits, mal aérés, comme à la suite des armées ; surtout si parmi les individus sains se trouvent quelques personnes affectées d'une maladie quelconque. Cette réunion de circonstances peut avoir, sans aucun doute, une remarquable influence sur l'issue de toutes les maladies inflammatoires ; mais elle ne peut rien, que je sache, sur leur développement : en sorte que si, d'une part, l'affection typhoïde, envisagée sous le rapport des causes, se rapproche des affections éruptives, de l'autre elle s'en éloigne par la faculté qu'elle possède de se développer spontanément, comme les maladies inflammatoires non contagieuses les plus ordinaires.

Une autre condition du développement de l'affection typhoïde sépare encore cette maladie des affections éruptives, et aussi de toutes les autres : je veux parler de l'âge. L'âge a de l'influence, il est vrai, et une influence considérable, sur la gravité des maladies aiguës, dont quelques-unes, comme la pneumonie, sont presque toujours mortelles à une certaine époque de la vie : mais les maladies inflammatoires proprement dites peuvent, comme les affections éruptives, se développer à toutes les époques de l'existence ; il en est de même du choléra asiatique, de la fièvre jaune, du *typhus fever* ; tandis que l'affection typhoïde ne se développe pas au-delà d'un certain âge. Et on ne peut pas dire que cette différence provienne de ce que cette maladie n'attaque pas deux fois le même individu, et de ce que chacun en a été atteint

dans la jeunesse, ou avant cinquante ans; puisque l'immunité, qui résulte d'une première attaque de variole, de rougeole ou de scarlatine, n'est pas moins bien constatée pour ces affections; qu'elles ne sont pas moins fréquentes que l'affection typhoïde, dans la jeunesse; et que néanmoins aucun âge ne met à l'abri de la variole, de la scarlatine, de la rougeole et de la fièvre jaune.

6° Comme on l'a vu plus haut, les *lésions* qui caractérisent l'affection typhoïde ont lieu dans tous les cas de cette maladie; elles en sont inséparables, se développent dans un ordre plus régulier, plus constamment le même que les lésions qui caractérisent anatomiquement les autres affections inflammatoires, sans en excepter la pneumonie, l'érysipèle de la face, le ramollissement du cerveau, etc., etc.; car ces maladies débutent tantôt par un point, tantôt par un autre; tandis que l'altération qui forme le caractère anatomique de l'affection typhoïde, commence constamment près du cœcum, pour s'étendre ensuite, de proche en proche, vers le jéjunum et, dans quelques cas rares, jusqu'au duodénum. Sous ce dernier rapport, la lésion dont il s'agit se rapproche beaucoup plus de celles qui accompagnent les maladies aiguës inflammatoires, que de celles qui caractérisent les maladies éruptives, dans lesquelles le caractère anatomique, l'éruption, a lieu presque simultanément dans toutes les parties du corps.

Un autre trait de ressemblance de l'affection typhoïde avec les affections aiguës inflammatoires, relativement à l'objet qui nous occupe, c'est que l'altération spéciale des plaques de Peyer débute, dans la majorité des cas, avec les premiers symptômes, commence avec la maladie elle-même.

Le parallèle se soutient encore entre l'affection typhoïde et les affections inflammatoires les plus ordinaires, relativement à la gravité des lésions ; bien que l'altération des plaques de Peyer ne soit pas toujours également grave, et qu'il n'y ait pas, toujours proportion entre elle et la gravité des symptômes : car cette proportion n'est constante dans aucune affection aiguë inflammatoire ; en sorte qu'il n'est pas jusqu'à la pneumonie qui ne se termine quelquefois d'une manière fâcheuse, sans qu'on puisse expliquer la mort, d'une manière satisfaisante, par l'état des organes, surtout des organes principalement et primitivement affectés.

Si l'intensité du mouvement fébrile n'est pas toujours proportionnée à la lésion de l'intestin grêle, dans l'affection typhoïde, il en est de même dans les autres maladies aiguës inflammatoires, où cette proportion est loin d'être constante : et elle est si peu nécessaire, qu'elle n'existe jamais au début des affections les plus graves, dans celles où l'inflammation se présente avec le plus de violence, marche avec le plus de rapidité, envahit le plus promptement, proportion gardée, une plus grande partie de l'organe affecté. Ainsi, quand un érysipèle de la face, qui n'a pas été précédé de symptômes avant-coureurs, se développe, un mouvement fébrile, ordinairement intense, a lieu, alors que la surface de la peau enflammée n'égale pas une pièce de deux francs ; et ce mouvement fébrile ne devient pas plus considérable à mesure que la maladie prend plus d'extension, même quand sa propagation aux parties saines s'opère avec rapidité. Bien plus, si, après cinq ou six jours de durée, après avoir envahi la face et le cuir chevelu, l'érysipèle s'étend successivement à toutes les parties du corps, la fièvre cesse, malgré le renouvellement et l'extension de l'inflammation. — Au début d'une pneumonie qui n'a pas été précédée de symptômes

avant-coureurs, quand le parenchyme pulmonaire n'est enflammé que dans une étendue extrêmement peu considérable, le mouvement fébrile est aussi intense que quand l'inflammation aura envahi une bonne partie de l'organe. Et comment s'en étonnerait-on, comment n'en serait-il pas ainsi, quand on voit, tous les jours, un mouvement fébrile considérable se développer, indépendamment de toute lésion appréciable, dans des maladies inflammatoires où les accidents locaux sont précédés de symptômes avant-coureurs; quand on sait qu'il existe une affection aiguë fébrile, grave, le *typhus fever*, dans laquelle on ne trouve de lésion constante dans aucun organe, rien qui puisse expliquer le mouvement fébrile, à son début ou dans le cours de la maladie.

Qu'on n'oublie pas, d'ailleurs, quand il s'agit d'apprécier la valeur des lésions qui se développent dans le cours de l'affection typhoïde, relativement au mouvement fébrile, aux autres symptômes, et à la terminaison fâcheuse de la maladie, que ces lésions ne consistent pas seulement dans l'altération spéciale des plaques de Peyer; qu'il faut leur réunir celle des glandes du mésentère, et même l'altération si constante de la rate; encore que la valeur de celle-ci, son importance, eu égard aux symptômes et à la terminaison funeste, soient difficiles à déterminer. Et sous ce dernier point de vue, l'appréciation des causes de mort, il est encore vrai de dire qu'il faut considérer à la fois, et les organes primitivement affectés, et les lésions secondaires qui, dans l'affection typhoïde comme dans les autres, sont souvent les véritables causes de la mort.

Ainsi, considérées sous le rapport de leur gravité et de leur début, les lésions essentielles à l'affection typhoïde rapprochent cette maladie des autres affections aiguës inflamma-

toires. J'ajoute que le praticien doit toujours se rappeler que le péril attaché aux lésions dont il s'agit, existe dans tous les cas, jusqu'au rétablissement complet des fonctions; puisque, jusque-là, il peut toujours y avoir perforation, quel que soit d'ailleurs le degré de l'affection.

Mais une dernière lésion éloigne l'affection typhoïde de toutes les maladies aiguës inflammatoires et des affections éruptives, du choléra, de la fièvre jaune et même du *typhus fever* d'Angleterre; je veux parler des *ulcérations*, qu'on trouve non-seulement dans l'intestin grêle, mais aussi dans d'autres organes, l'œsophage, l'épiglotte et le larynx; dirai-je la vessie et la vésicule biliaire, où j'ai vu ces ulcérations une fois? Ensorte que, plus on cherche à approfondir l'étude de l'affection typhoïde, plus on se persuade qu'elle ne diffère pas moins des autres maladies aiguës inflammatoires que des affections éruptives.

Le lecteur voit maintenant, par ce qui précède, que l'affection typhoïde se rapproche, par quelques points, des affections éruptives et des maladies aiguës inflammatoires proprement dites; qu'elle s'en éloigne par d'autres, et qu'elle s'écarte de toutes les maladies connues par plusieurs caractères fondamentaux.

1o L'affection typhoïde se rapproche des affections éruptives, par sa faculté contagieuse, par l'immunité acquise au moyen d'une première attaque; et elle s'en éloigne en ce qu'elle peut se développer spontanément, que la lésion qui lui est essentielle a plus de gravité, généralement, que celle qui caractérise les maladies éruptives.

2o Elle se rapproche des maladies aiguës inflammatoires, parce que, dans la plupart des cas, les lésions et les symptômes locaux, qui en dépendent, débutent avec les premiers

accidents; que les symptômes précurseurs sont l'exception et non la règle; que sa durée est indéterminée; qu'elle peut se développer spontanément, sans le concours de la contagion; que les lésions qui la caractérisent, sous le rapport anatomique, sont constantes et graves. Elle s'éloigne de la plupart des maladies aiguës, par sa durée généralement longue, et parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, et qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la vie.

3o Elle diffère de toutes les maladies aiguës inflammatoires, éruptives ou non, par le caractère et le nombre des symptômes qui lui appartiennent, symptômes qui ne diffèrent que par le degré dans les cas graves et dans les cas légers; par la double faculté qu'elle possède de pouvoir se développer spontanément et par contagion; par les limites de l'âge après lequel on ne l'observe plus, tandis que les autres affections aiguës ont lieu à toutes les époques de l'existence, bien que dans des proportions variées; par la constante régularité de la lésion qui lui est essentielle, et qui commence toujours par le même point, ce qui n'a pas lieu, au même degré, pour aucune autre affection; par le nombre de ses lésions, et surtout par la tendance à l'ulcération. Je ne dirai pas par l'état des liquides, puisqu'il est démontré que l'altération du sang n'a rien de propre, au moins d'après les faits connus jusqu'ici, à l'affection typhoïde.

FIN DU SECOND ET DERNIER VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME SECOND.

TROISIÈME PARTIE.

DESCRIPTION DES SYMPTÔMES.

ARTICLE VII. Symptômes cérébraux. 1

§ 1. De la céphalalgie. . . . . *Ib.*

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 2

3° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. 3

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës qui ont guéri. 4

§ 2. De la somnolence. 6

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*

33e observation. 7

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 15

3° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës qui ont succombé ou qui ont guéri. 16

§ 3. Du délire. 18

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . *Id.*

34e observation. 25

2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 32

3° Chez les sujets morts d'autres maladies aiguës. 36

4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës qui ont guéri. 40

§ 4. Des spasmes. 44

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*

35e observation. 46

36e observation 54

1° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 62
4° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës. 64
Résumé. 65
§ 5. De l'état des forces. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
37e observation 68
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 74
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 77
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri. . . . . *Ib.*
§ 6. Des douleurs et de l'œdème des membres. . . 79
1° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde. . *Ib.*
2° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes. 80
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri 81
Résumé. 82
Art. VIII. Symptômes fournis par les organes des sens. 83
§ 1. De l'épistaxis. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. . . . . *Ib.*
3° Chez les sujets atteints d'affections aiguës non typhoïdes qui ont guéri. 85
§ 2. État des yeux. 87
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 88
3° Chez les sujets atteints d'autres maladies aiguës. 89
§ 3. De l'oreille. . . . . *Ib.*
Surdité, bourdonnement, douleur, inflammation du conduit auditif externe. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui

ont guéri. 91
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes, qui ont guéri. 95
§ 4. De la peau. 96
1. Taches roses lenticulaires. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
38e observation 97
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 103
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes. 107
2. Des sudamina. 108
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde, qui ont gueri. 109
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes. 111
3. De l'érysipèle. 113
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . *Ib.*
39e observation. . . . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 121
3° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes. 122
4. Eruptions variées, plaies des vésicatoires, eschares. 123
Art. IX. Des symptômes fébriles proprement dits . . 125
§ 1. Des frissons. . . . . *Ib.*
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 126
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 127
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri. 128
Résumé. 130
§ 2. De la chaleur et des sueurs . . . . . *Ib.*

1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . . 130
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 132
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes. 133
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri . . . . . *Ib.*
Résumé de l'article. 136
§ 3. Du pouls. 137
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 139
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 141
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri. 142
Résumé 144

Art. X. — De la voix et de la respiration. 146
§ 1. De la voix. . . . . *Ib.*
39e observation (bis) 147
§ 2. De la respiration, toux, crachats, diverses espèces de râle 151
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri. 154
3° Chez les sujets morts de maladies aiguës non typhoïdes 157
4° Chez les sujets atteints de maladies aiguës non typhoïdes qui ont guéri. 158

Art. XI. Des fièvres intermittentes. 161
§ 1. Des douleurs de ventre. . . . . *Ib.*
§ 2. De la diarrhée 164
§ 3. Des douleurs à l'épigastre 166
§ 4. Des nausées et des vomissements 168
§ 5. De la langue et de l'arrière-bouche. 169
§ 6. Des symptômes cérébraux 171

§ 7. Des organes des sens 172
§ 8. Des douleurs dans les lombes et dans les membres 173
§ 9. De la toux. . . . . *Ib.*
Art. XII. État du sang tiré des veines pendant la vie. 175
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 176
3° Chez les sujets atteints d'affections aiguës non typhoïdes . . . . . *Ib.*
Résumé. 177

CHAPITRE II. — Du diagnostic. 183
Art. I. Du diagnostic dans les cas graves et légers non latents 184
40e observation. 199
Tableau des symptômes observés dans 17 cas d'affection typhoïde, et dans 23 cas d'entérite qui ont guéri 209
40e observation *bis*. 215
Art. II. Affection typhoïde sous forme latente. . . . 218
41e observation . . . . . *Ib.*
42e observation 225
43e observation 232
44e observation 239
45e observation. 246
Art. III. Affection typhoïde dont le caractère anatomique pouvait paraître douteux au premier abord. . 258
46e observation . . . . . *Ib.*
47e observation 264
48e observation 273
49e observation 279
Art. IV. Observations dans lesquelles la plupart des symptômes de l'affection typhoïde ont eu lieu, sans altération spéciale des plaques elliptiques de l'iléum. 288
50e observation . . . . . *Ib.*
51e observation 295
52e observation 301

Art. V. Le typhus des camps et armées et l'affection typhoïde sont-ils une seule et même maladie? . . . 311
Art. VI. Le typhus fever (fièvre continue des Anglais) et l'affection typhoïde, sont-ils une seule et même maladie? 314

Chapitre III. — De la perforation de l'intestin grêle. . 325
53e observation. 329
54e observation 335

Chapitre IV. — Du pronostic. 340

Chapitre V. — Des causes 352
Art. I. De l'âge. 353
Art. II. Du sexe. 354
Art. III. Des professions 355
Art. IV. De la constitution, des peines morales, des excès de travail et de table 356
Art. V. Changement d'habitudes. 357
55e observation. 361
Art. VI. De la contagion 368

QUATRIÈME PARTIE.

DU TRAITEMENT.

Chapitre premier. — De la saignée 380
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 387
3° Examen du traitement par les saignées coup sur coup 394

Chapitre II. — Des évacuants 428

Chapitre III. — De l'opium 445

Chapitre IV. — Des toniques 455
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . 455
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 459

56e observation. 462
57e observation. 465
58e observation 469
59e observation. 474
CHAPITRE V. — Des vésicatoires. 479
1° Chez les sujets morts d'affection typhoïde. . . *Ib.*
2° Chez les sujets atteints d'affection typhoïde qui ont guéri 481
CHAPITRE VI. — De la glace sur la tête. 484
CHAPITRE VII. — Du traitement de l'affection typhoïde en général. 486

CINQUIÈME PARTIE.

ANALOGIES ET DIFFÉRENCES QUI EXISTENT ENTRE L'AFFECTION TYPHOÏDE ET LES AUTRES MALADIES AIGUES FÉBRILES.

Débuts.. 507
Symptômes locaux. 508
Symptômes généraux 509
Marche. 510
Causse . . . . . *Id.*
Lésions qui caractérisent. 512
Résumé. 515

FIN DE LA TABLE DU DEUXIÈME ET DERNIER VOLUME.